

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA DE POLÍTICAS PROMOCIÓN E
INTERVENCIÓN FAMILIAR**

**ESTUDIO SOBRE LA VALORACIÓN QUE HACE LA
POBLACIÓN ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE LA
TERCERA EDAD DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA
REGIÓN METROPOLITANA DEL MINSA, ACERCA DEL
IMPACTO DEL MISMO EN SU FUNCIONAMIENTO SOCIAL
Y EN EL DE SU FAMILIA, COMO BASE DE UNA
PROPUESTA DE ATENCIÓN**

XENIA A UREÑA C

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN POLÍTICAS PROMOCIÓN
E INTERVENCIÓN FAMILIAR**

PANAMÁ REPUBLICA DE PANAMÁ

2014

f u j l

St

6 ENE 2015

Firma del jurado

Odsejuno

Asesora

Fecha

Miembro

Fecha

Miembro

Fecha

AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar a la vida que de a poco subí en escarpada y que me da la satisfacción del deber cumplido con la humildad de llegar a la meta que estaba trazada en ella A mis hijos y hermanos/as amigas/os porque en ellos/as encontré la fortaleza el pilar de los esfuerzos y conquistas que me llevaron a descubrir el verdadero sentido de la existencia la devolución de lo que doy y daré a quien se cruce en mi camino

INDICE GENERAL

Agradecimiento	Página
Índice General	III
Índice de Cuadros	IV
Índice de Gráfica	X
Índice de Tablas	XII
Índice de Anexos	XIII
Resumen Ejecutivo	XIII
Summary	1
Introducción	4
	6

CAPÍTULO PRIMERO

MARCO METODOLÓGICO PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA LOS OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1 El problema los objetivos y metodología de la investigación	12
1 1 Antecedentes sobre el tema.	12
1 2 El problema de investigación	16
1 3 Importancia de la investigación	19
1 4 Objetivos Generales Específicos y Metodología de la Investigación	20
1 5 Cobertura de la Investigación	21
1 6 Hipótesis de Trabajo	23
1 7 Metodología de la Investigación	23
1 8 Funcionamiento de los Grupos de Adultos/as Mayores en los Centros de Salud del MINSA	31

1 9 Modelos y Enfoques de Atención en Salud

36

CAPITULO SEGUNDO

LA SITUACIÓN DEL ADULTO/A MAYOR EN PANAMÁ

2 Situación del Adulto/a Mayor en Panamá

2.1 Aspectos Demográficos

39

2.2 Aspectos Sociales Económicos y Legales de la Realidad de las Personas mayores en Panamá

39

2.2.1 Aspectos Sociales

**51
52**

2.2.1.1 Aspectos Sociales sobre Entornos propicios y favorables

55

2.2.2 Aspectos relativos a la Seguridad Económica

60

2.2.3 Marco Legal y Programático

61

2.2.3.1 Marco Legal

62

2.3 Marco Institucional Programático

66

2.4 Algunas conclusiones relevantes sobre la situación del adulto/a mayor en Panamá

75

CAPITULO TERCERO

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

3 Teorías y conceptos de la investigación

81

3.1 Los conceptos relacionados con el tema

84

3.2 Modelos y Enfoques de Atención en Salud

90

3.2.1 El modelo biológico de la salud

91

3.2.2 El modelo Bio-psico-social de la salud

97

3.3 Conceptos/ejes claves para la atención de la salud del adulto/a mayor

102

3 3 1	Envejecimiento con bienestar	103
3 4	La promoción de la salud y la calidad de vida del e/l adulto/a Mayor	106
3 4 1	Calidad de vida relacionada con la salud de la población de adultos/as mayores	110
3 4 2	Participación social y el/la adulto/a mayor	115

CAPITULO CUARTO

LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4	Presentación y análisis de la investigación de campo	122
4 1	Perfil socioeconómico de la población estudiada y su familia	123
4 1 1	Edad de la población estudiada	123
4 1 2	Escolaridad de la población estudiada	125
4 1 3	Ingreso mensual y fuente de ingreso de la población encuestada	127
4 1 4	Ingreso familiar mensual y numero de miembros de la familia de la población estudiada	129
4 1 5	Personas con las que vive la población encuestada	133
4 1 6	Miembros/as de la familia de la población estudiada segun sexo y edad	135
4 1 7	Escolaridad y ocupación de los/as miembros/as de la familia mayores de 15 años	136
4 1 8	Diagnóstico de salud y edad de los/as miembros/as de la familia de la población encuestada	140
4 1 9	Ocupación y salano de los miembros/as de las familias mayores de 15 años	146
4 1 10	Tiempo de pertenencia al grupo por parte de la población encuestada	149

4 1 11	Frecuencia con que se reúne el grupo y forma en que se decidió dicha frecuencia	153
4 1 12	Forma en que la población encuestada calificaba su asistencia a las reuniones del grupo	155
4 1 13	Forma en que la población estudiada se transportaba a las reuniones de grupo y quien lo/a acompaña	157
4 1 14	Forma en que la población estudiada calificaba el espacio físico de las reuniones	158
4 1 15	Valoración del grupo sobre las orientaciones y conocimientos que brindan los especialistas frente a las necesidades del mismo	160
4 1 16	Frecuencia con que la población estudiada utilizaba los servicios del centro de salud y forma en que calificaba la frecuencia con que se le atendía	162
4 1 17	Valoración de los miembros/as del grupo sobre las actividades que se desarrollan frente a sus necesidades	166
4 1 18	Calificación que hacen los(as) miembros(as) del grupo sobre las actividades que realizan para beneficiar a la comunidad	170
4 1 19	Valoración que hacían los(as) miembros(as) del grupo sobre las relaciones de este con otras generaciones	173
4 1 20	Institución donde la población recibía con más frecuencia atenciones a su salud	175
4 1 21	Percepción de la población encuestada sobre sus conocimientos básicos en salud para servir como agente multiplicador de estilos de vida saludable	177
4 1 22	Opinión de la población sobre la utilidad de lo aprendido en el grupo para orientar a los familiares	178
4 1 23	Tipo de orientación ofrecida a los/as miembros/as del	

grupo familiar	180
4 1 24 Percepción de la comunidad sobre los/as adultos/as mayores	182
4 1 25 Recomendaciones que hacia la población encuestada para mejorar su funcionamiento	184
4 1 26 Apreciación con respecto a la relación entre los/as participantes del grupo	186
4 1 27 Percepción sobre la preparación de los/as especialistas para lidiar con las necesidades del grupo	187

CAPITULO QUINTO

PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A LOS/AS ADULTOS/AS MAYORES PARA EL LOGRO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

5 Propuesta basada en resultados de la investigación y otros análisis	190
5 1 Propuesta estrategias y modelo de intervención en la atención a los adultos/as mayores	190
5 2 Acciones para el desarrollo de las estrategias necesanas	198
5 2 1 La capacitación del Recurso Humano en los equipos multidisciplinanos del pnmer nivel de atención	198
5 2 2 Coordinaciones intersectorales e internstitucionales para promover la creación de ambientes amigables para las personas mayores que fomenten su salud y su participación	199
5 2 3 Servicios en las comunidades que pueden promoverla creación de ambientes amigables para las personas mayores	201

5 2 4 Promoción de las relaciones intergeneracionales (abuelos adolescentes niños/as)	204
5 2 5 Celebraciones de momentos importantes sobre el envejecimiento y concientización de los Derechos Humanos de el/la Adulto/a Mayor	206
5 2 6 Promover en las generaciones jóvenes la preparación y el fomento al ahorro para el envejecimiento	208
5 3 Resumen de los hallazgos de la investigación	217
5 4 El Modelo de Envejecimiento Activo	221
 Bibliografía	 239
Anexos	248
Glosario de términos	260

INDICE DE CUADROS

Cuadro No 1	Edad de la población estudiada	124
Cuadro No 2	Escolandad de la población estudiada	126
Cuadro No 3	Ingreso mensual y fuente de ingreso de la población estudiada	128
Cuadro No 4	Ingreso familiar y numero de miembros de la familia de la población estudiada	130
Cuadro No 5	Personas con quien vivia el sujeto	133
Cuadro No 6	Miembros (as) de la familia de la población estudiada segun edad y sexo	136
Cuadro No 7	Escolandad y ocupación de los miembros de la familia mayores de 15 años	137
Cuadro No 8	Diagnóstico de salud y edad de los(as) miembros(as) de la familia de la población encuestada	141
Cuadro No 9	Ocupación y salano de los miembros/as de las familias mayores de 15 años	147
Cuadro No 10	Tiempo de pertenencia al grupo por parte de la población encuestada	151
Cuadro No 11	Frecuencia con que se reune el grupo y forma en que se decidió dicha frecuencia	154
Cuadro No 12	Forma en que la población encuestada calificaba su	

	asistencia a las reuniones del grupo	156
Cuadro No 13	Forma en que la población estudiada se transportaba a las reuniones de grupo y quien lo/a acompaña	158
Cuadro No 14	Forma en que la población estudiada calificaba el espacio físico de las reuniones	159
Cuadro No 15	Valoración del grupo sobre las orientaciones y conocimientos que brindan los especialistas frente a las necesidades del mismo	161
Cuadro No 16	Frecuencia con que la población estudiada utilizaba los servicios del centro de salud y forma en que calificaba la frecuencia con que se le atendía	163
Cuadro No 17	Valoración de los miembros del grupo sobre las actividades que se desarrollan frente a sus necesidades	167
Cuadro No 18	Valoración que hacen los(as) miembros(as) del grupo sobre las actividades que realizan para beneficiar a la comunidad	171
Cuadro No 19	Valoración que hacían los(as) miembros(as) del grupo sobre las relaciones de este con otras generaciones	174
Cuadro No 20	Institución donde la población recibía con más frecuencia atenciones a su salud	176
Cuadro No 21	Percepción de la población encuestada sobre sus conocimientos básicos en salud para servir como agente	

	multiplicador de estilos de vida saludable	177
Cuadro No 22	Opinión de la población sobre la utilidad de lo aprendido en el grupo para orientar a los familiares	179
Cuadro No 23	Tipo de orientación ofrecida a los/as miembros/as del grupo familiar	181
Cuadro No 24	Percepción de la comunidad sobre los/as adultos/as mayores	182
Cuadro No 25	Recomendaciones que hacía la población encuestada para mejorar su funcionamiento	185
Cuadro No 26	Apreciación con respecto a la relación entre los/as participantes del grupo	187
Cuadro No 27	Percepción sobre la preparación de los/as especialistas para lidiar con las necesidades del grupo	188

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No 1	Pirámide de Población	44
---------------------	------------------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1	Cobertura de la Investigación	22
Tabla No 2	Distribución de la población encuestada segun Centro de Salud de la Región Metropolitana de Salud	28
Tabla No 3	Tasas de crecimiento fecundidad mortalidad y esperanza de vida	43
Tabla No 4	Diagnóstico de salud – Enfermedades crónicas en MINSA	49
Tabla No 5	Principales causas de defunción en la Republica de Panamá	50

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No 1 – Encuesta	249
------------------------------	------------

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación consiste en un estudio sobre la valoración que hace la población atendida en el Programa de la Tercera Edad de los Centros de Salud de la Región Metropolitana del MINSA acerca del impacto del mismo en su funcionamiento social y en el de su familia como base de una propuesta de atención. La población objeto de estudio estuvo conformada por 115 sujetos hombres y mujeres que conforman parte del universo (456) de adultos/as mayores inscritos en los grupos de Tercera Edad de los centros de salud en referencia representando casi un 25% del total de población que asisten a estos grupos por lo cual tenemos una muestra de conveniencia.

El hecho de estudiarlo surge de las buenas prácticas que durante años se han hecho para atender estos grupos en la Región Metropolitana sin que a la fecha exista evidencia investigativa formal de las mismas. La valoración que hacen los grupos de la Tercera Edad desde su perspectiva nos permite entender y palpar el impacto de dicho programa en el funcionamiento social de estos/as adultos/a y en el de su familia como base para recomendar propuestas de atención. Durante mucho tiempo los organismos internacionales han estado advirtiendo

del crecimiento de y el impacto de este grupo en los sistemas de salud el cual será insostenible si no se toman los correctivos a tiempo

De igual manera nuestro deber es aportar a este programa sobre la base de realidades venideras en la sociedad de la información la tecnología y el humanismo en pleno siglo XXI

La metodología utilizada en la investigación es a nivel Exploratorio –Descriptivo con elementos del diseño de la investigación evaluativa permitiéndonos la familiarización con este sector de la población desde su percepción. Obtuve información aplicando el instrumento de recolección con 29 preguntas abiertas y cerradas de diversas fuentes como entrevistas la observación en sitio de las actividades de los grupos análisis de expedientes y otras fuentes secundarias

De las hipótesis de trabajo estructuradas el resultado salió negativo ya que la mayoría de la población estudiada mostraba satisfacción sobre el accionar del programa y en la segunda hipótesis el resultado es que no están usando todo el potencial de agente multiplicador. Los procesos son lentos y la metodología usada debe ser una propuesta andragógica que permita de forma fácil aprender a aceptar los cambios en los estilos de vida

El Marco teórico conceptual rico en información nos aportó para fortalecer el resultado del cuarto capítulo

Por ultimo se hizo una propuesta de atención ajustada al sector salud y en particular a Trabajadores Sociales sin embargo también hicimos una ampliación de esta misma propuesta basándonos en un trabajo conjunto con organizaciones locales que tiene como plataforma El Modelo de Atención Individual Familiar y Comunitario en Salud El mismo debe desarrollarse en cuatro años

SUMMARY

The present research work consists in a study on the valuation that makes the population cared for in the program of the third age of the centers of health of the Metropolitan Region of the MINSA about the impact on their social functioning and your family as the basis of a proposal of attention. The study population was comprised of 115 subjects men and women who make up part of the universe (456) of older adults enrolled in the groups of elderly health clinic in reference representing almost 25% of the total number of people who attend these groups which have a convenience sample.

The fact of study it comes from good practices that for years have been made to assist these groups in the Metropolitan Region the absence of formal investigative evidence of them to date. Valuation making senior citizens groups from his perspective allows us to understand and feel the impact of this program on the social functioning of these / as to adults and in your family as a basis for recommending proposals for attention. For a long time international organizations have been warning of the growth of and impact of this group in health systems which will be unsustainable if the remedies are not taken in time.

Similarly our duty is to bring to this program on the basis of future realities in the society of information technology and humanism in the 21st century.

The methodology used in the research is exploratory – descriptive with the design elements of evaluative research allowing us to familiarity with this sector of the population from their perception I got information by applying the instrument of collection of 29 questions open and closed from various sources such as interviews observation on the activibes of the group's website analysis of records and other secondary sources

From the structured working hypothesis the result came out negative since the majonty of the studied population showed satisfaction on the actions of the programme and in the second scenano the result is that they are not using all the potential multiplier agent. The processes are slow and the methodology used should be a proposed andragogica that allows easily learn to accept changes in lifestyles The theoretical framework concept nch in information we contributed to strengthen the outcome of the fourth chapter

Finally became a proposal of care tailored to the health sector and in particular social workers but also made an extension of this same proposal based on a joint work with local organizations that has as a platform the model of Individual care family and community health It must be developed in four years

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008) el numero de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años aumentó a 700 millones en la década del año 90 del siglo XX y para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos/as

Segun la misma fuente el numero de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años aumentó en el siglo pasado de 400 millones en la década del 50 a 700 millones en la década del 90 También se ha incrementado el grupo de los muy viejos o sea los mayores de 80 años de edad que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos/as mayores (AAMM) en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo también en Panamá segun el MINSA (2012) el proceso de transición de una sociedad joven a una madura se está produciendo con bastante celendad

El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones se debe de acuerdo a los/as especialistas a las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico biomédico y social Su repercusión sobre el sistema de salud radica en que son los ancianos/as los/as mayores consumidores (relativos o absolutos) de medicamentos y servicios de salud A nivel estatal representa un considerable aumento de los gastos para la

seguridad y la asistencia social. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancial y progresivamente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad.

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la tecnología, sustentan la tendencia actual que considera que si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. La problemática del anciano/a adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones sociales y médicas, por tanto, las investigaciones sobre el tema se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso fisiológico de envejecer, también se pretende conocer aquellas condiciones que colocan al AM en una situación de riesgo social o potencian dicha vulnerabilidad.

Tan importante como lo anterior de acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA) es el desarrollo de programas de apoyo al grupo de población en referencia que garanticen proveer en forma óptima, además de los servicios de salud física, la mental, social y ambiental a la población, en especial a dicho grupo mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación sostenible con los mejores recursos materiales, humanos y financieros, actuando siempre con equidad, eficacia, eficiencia, con participación e integración social.

En el caso específico del MINSA a nivel programático este cuenta con normas que regulan la atención de los/as adultos/as mayores y que establecen la realización de actividades de promoción prevención atención y rehabilitación de este grupo de población haciendo énfasis en los factores bio-psico-sociales y del ambiente

Dentro de los programas en referencia el MINSA con el objetivo de sensibilizar a la sociedad acerca del envejecimiento e integrar a las personas mayores a la vida comunitaria y que esto fomente su autonomía y favorezca un buen funcionamiento mental físico y social promueve la formación de agrupaciones de tercera edad en los diversos centros de salud atendidos por un equipo de salud

Por otro lado la revisión periódica del cumplimiento de los objetivos programáticos para garantizar la efectividad en el funcionamiento de la población es una responsabilidad ética de todo/a profesional que lo desarrolle El de Trabajo Social es formado/a dentro de este enfoque teórico y metodológico en el que a su vez estamos enfocando este proyecto de investigación y en particular la formación recibida dentro del Programa de la Maestría en Políticas Programas e Intervención Familiar apunta al diagnóstico para fortalecer la

intervención hacia la promoción de este y otros grupos humanos en situación de vulnerabilidad

Dentro del marco normativo del MINSA y del marco ético-metodológico profesional esta investigación se originó y se centró en conocer a través del paradigma cuantitativo bajo la modalidad exploratoria descriptiva además de la caracterización y necesidades de la población como beneficiaria la valoración que hace ésta del Programa de la Tercera Edad de los Centros de Salud de la Región Metropolitana de MINSA Valoración acerca del impacto de dicho programa en el funcionamiento social del adulto /a mayor y en el de su familia como base para recomendar propuestas de atención Es decir se aportan mediante algunos elementos de la investigación evaluativa desde la perspectiva del usuario utilizando técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección de datos resultados que pueden contribuir a fortalecer la programación de la intervención que desarrolla la institución con el grupo objetivo

El informe que aquí se presenta está organizado en cinco capítulos El primero se centra en el planteamiento del problema los objetivos y metodología de la investigación El segundo capítulo trata sobre la situación del adulto/a mayor en nuestro país el marco normativo y programático que lo cubre y cómo es el escenario de atención que se le brinda en el sector de salud liderado por el MINSA mientras que en el tercer capítulo a modo de marco teórico conceptual

se revisan conceptos claves sobre el envejecimiento se habla sobre la evolución de los enfoques que han estado presentes en los programas dirigidos a la población que nos interesa con énfasis en al área de salud y sobre aquellos cuya presencia es condición esencial hoy día para lograr los objetivos de un envejecimiento con dignidad y bienestar

El cuarto capítulo analiza los resultados de la investigación de campo y finalmente en el quinto capítulo se presentan lineamientos estratégicos a modo de recomendaciones para orientar el fortalecimiento de los programas de base como es el caso de los grupos de adultos/as mayores que funcionan en los Centros de Salud del MINSA enfatizando desde la perspectiva de la especialidad del Trabajo Social y la sugerencia de un proyecto de cinco (5) año con base en el proceso de descentralización donde los organismos comunitarios trabajen mancomunadamente en bien de estos grupos

CAPÍTULO I
MARCO METODOLÓGICO
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, LOS OBJETIVOS
Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

1 EL PROBLEMA OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

En épocas antiguas los/as adultos/tas mayores eran venerados/as por su sabiduría. En Panamá la familia extensa era característica de principio de siglo y en ella el/la adulto/a mayor era considerado/da pues representaba el origen de la misma. A la fecha el índice de envejecimiento a nivel mundial revela un acrecentamiento sostenido de los adultos/as mayores. Panamá como país no escapa de esta realidad. Esta transformación de la estructura etaria tendrá profundas consecuencias para el país en el aspecto económico, social y en su relación micro y macro de la sociedad.

La vida individual, familiar y comunitaria se verá avocada a un costo incalculable en todas las esferas del quehacer humano, sobre todo para la salud de las familias de pobreza y pobreza extrema. Con respecto al aspecto histórico-epidemiológico en Panamá la situación de 1950 es clara cuando observamos que predominaban las enfermedades infecto-contagiosas, siendo remplazadas para la década del 80 por las enfermedades crónicas y degenerativas (OPS 2 006).

Las morbilidades van en aumento debido a los cambios dentro del perfil demográfico de la población mayor de 60 años y al crecimiento en general de la sociedad con sus estilos de vida dando como resultado en este grupo etario enfermedades crónicas y degenerativas a un costo muy alto para la sociedad y en especial para el sistema de salud. Las dificultades con respecto a los padecimientos del hombre y la mujer han existido desde siempre pero las respuestas para prevenirlas, aliviarlas y controlarlas también. Sin embargo en los últimos años estas enfermedades se han incrementado. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte y de discapacidad a nivel mundial, realidad que en Panamá se replica. Para nuestro país los padecimientos cardiovasculares, especialmente las enfermedades del corazón y los derrames cerebrales (A C V), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son las principales afecciones.

Estudios recientes muestran una alta prevalencia de factores de riesgo en la población panameña que facilitan la aparición de estas enfermedades como lo son la predisposición al sobrepeso en menores de edad y adultos/as mayores de 18 años, la cual se situó en 34.1% a nivel nacional en 1995, sosteniéndose hasta estacionarse en 33.6% para el 2006 (Salud Panamá 2007).

A su vez hay que mencionar que en el sector salud se produce un verdadero cambio de paradigma. Se pasa desde un modelo que dio prioridad a la salud materno-infantil centrada en superar principalmente las enfermedades infecciosas en la década del 60 a un modelo que pone énfasis en la atención primaria (APS) la cual define la OMS como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país siendo uno de sus principales objetivos la organización grupal y los/as adultos/as mayores estaban en ese grupo enfatizando para este desde fines de la década del 80

Y es que de acuerdo a datos del MINSA sobre el Envejecimiento de la Población Panameña (2012) en Panamá el proceso de transición de una sociedad joven a una madura se está produciendo con bastante celeridad. De acuerdo a la misma fuente este fenómeno se asocia al aumento en la esperanza de vida del panameño/a al descenso en la fecundidad y a la reducción de la mortalidad y principalmente la fecundidad se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población 6.9% en el año 2010 y aumentará paulatinamente hasta alcanzar 18.9% de la población total

En Panamá de acuerdo a la Contraloría General de la Republica (INEC 2010) el porcentaje de población de 60 años y más ha ido en aumento desde 1950 Para ese año la población en referencia representaba el 5.5% de la población total del país para llegar en 2010 al 6.9% de la población panameña En las próximas décadas se espera que el peso absoluto y relativo de este margen etario continúe en aumento para representar en 2025 el 10.5% y en 2050 a 18.9%

Se está entonces frente a un grupo que requiere atención y cuidados que superan las limitaciones del paradigma biomédico Es así como el propósito de los cuidados en salud será evitar que estas limitaciones se conviertan en impedimentos para el desarrollo de actividades que el/la adulto/a mayor necesite o desee realizar y se deberán esforzar en disminuir el nivel de dependencia de este grupo etario y las oportunidades en que estas personas precisen ayuda asistencial

De acuerdo a la Dirección General de Salud del MINSA en el comunicado sobre el Envejecimiento de la población panameña (2012) ya citado no es inevitable tener mala salud en la vejez y para lograr esto además de tener una visión integral de la salud de las personas mayores se debe asegurar que los servicios presenten una cobertura

equitativa con criterios de continuidad en la atención adecuado acceso geográfico físico económico y cultural entre otros factores que deben estar presente para fomentar la promoción de un envejecimiento satisfactorio La CEPAL coloca a Panamá entre aquellos países con senectud reducida lo cual se caracterizan por una fecundidad promedio cercana a 3 y un índice de envejecimiento que varía entre el 16% y 24%(CEPAL/CELADE 2003)

1.2 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Para el logro del mantenimiento de la funcionalidad las agencias de salud de Latinoamérica incluyendo a nuestro país han iniciado programas de capacitación que se encuentran en una etapa de sensibilización masiva de los diferentes niveles asistenciales y equipos de salud A su vez si deseamos aumentar los niveles de funcionalidad de nuestros/as ancianos/as debemos detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes en el/la adulto/a mayor que coloquen en riesgo la mantención de ella (J M Marín 2003) lo que debe ser realizado por los equipos del nivel primario de atención por lo cual la autoridad de salud debe preocuparse de sensibilizar y mantener programas de actualización destinados a quienes trabajan en la atención primaria

Adicional a la capacitación de los equipos de salud y como una forma de contribuir al desarrollo de la funcionalidad y autonomía de la población adulta /o mayor se propone en diferentes países de América Latina la realización de un programa integral de actividades orientadas a satisfacer esta necesidad con el propósito de potenciar la autonomía funcional de los adultos/as mayores y su capacidad como agentes multiplicadores de estilos de vida saludables lo que se podrá lograr a través de los siguientes objetivos

- Valorar la importancia de participar en programas destinados a estimular la autonomía funcional del adulto/a mayor**
- Identificar el autocuidado como una estrategia que conduce a estilos de vida saludables**
- Propiciar la interacción espontánea y cordial conjuntamente con estimular la amistad y colaboración entre todos**
- Promover la participación del adulto/a mayor como agentes multiplicadores de estilos de vida saludable no sólo con su familia sino también dentro de su comunidad**

Orientado a lograr estos objetivos dentro de este marco se desarrolla el programa de la Tercera Edad del Ministerio de Salud de Panamá

Esto porque el ser humano como ser social en todas las etapas de su vida está intercambiando experiencias y conocimientos con su medio por tanto el aprendizaje no es algo exclusivo de los grupos jóvenes de la población (OPS 2005) Los adultos/as mayores de igual forma pueden continuar en este proceso de aprendizaje como educandos pero la perspectiva desde la cual se les eduque debe ser diferente esto es adecuarse a las características personales por las que está atravesando en esta etapa de su vida (Carstensen 2009)

Los programas destinados a potenciar la funcionalidad entre los ancianos deberían de acuerdo a los autores citados contener actividades que les ayuden a fortalecer aquellas potencialidades que han permanecido en desuso (Marín J M 2003) Entre ellas podemos mencionar la capacidad de crear relacionarse comunicar aprender auto-realizarse dar y recibir afecto preocupación por otros cultivar la espiritualidad y encontrar el sentido de la vida en esta etapa de su existencia

De este marco orientador que supera el paradigma biomédico hablaremos en el siguiente capítulo

1.3 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En base a los planteamientos antes expuestos surge la necesidad de realizar un estudio con el fin de determinar cómo la población de adultos/as mayores atendidos por el Programa de la Tercera Edad del Ministerio de Salud percibe el impacto del mismo en su funcionamiento social y en el de su familia como base para mejorar la intervención que se les brinda y mantener su funcionalidad

Este estudio es de gran relevancia para el Trabajador Social de salud y para los/as cientistas sociales de otra disciplinas que laboran en el sector ya que dentro de los equipos de salud en general específicamente dentro de los grupos eternos de atención mayoritarios están los y las adultos/as mayores

La familia y el o la adulto(a) mayor son parte del continuo del funcionamiento social dentro del cual se actúa profesionalmente ya sea para promover salud y prevenir enfermedades o el sostenimiento de la calidad de vida. Estamos seguros que los hallazgos de la investigación nos ofrecerán información valiosa para que la salud social como parte de la salud integral sea trabajada de forma óptima

La metodología utilizada desde el enfoque de la investigación cuantitativa con una perspectiva evaluativa por parte de los beneficiarios también aporta una forma sino novedosa diferente de cumplir con el compromiso ético-profesional de revisar lo actuado para mejorarlo tomando en cuenta al sujeto de atención y sus necesidades

De forma indirecta los hallazgos nos llevan a empoderar a las familias con adultos/as mayores para promover el desarrollo de acciones para la detección temprana de enfermedades para estos/as y prevenir las mismas en sus descendientes reiterando todo esto dentro del marco de la meta de mejorar y mantener la funcionalidad de los adultos/as mayores como un derecho humano básico

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

- **Objetivos**

Objetivo General

Establecer la valoración que hace la población atendida en el Programa de la Tercera Edad de los Centros de Salud de la Región Metropolitana del MINSA acerca del impacto del mismo en su

funcionamiento social y en el de su familia como base de una propuesta de atención

- **Objetivos Específicos**

- **Describir el perfil general de los sujetos del estudio y sus familias**
- **Conocer el perfil de la población estudiada como miembro/a de la población beneficiaria del programa de la Tercera Edad del MINSA y calificación que hacen del mismo**
- **Identificar la valoración que hace la población estudiada sobre el impacto de la atención recibida en el Programa de la Tercera Edad del MINSA sobre su funcionamiento social y el de su familia**

1.5 Cobertura de la Investigación

A continuación se establece la cobertura de la investigación derivada de los objetivos de la misma

Tabla No 1
Cobertura de la Investigación

Area de análisis	Aspectos a estudiar
Perfil general de los sujetos del estudio y su familia	<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escolandad <p>Ingreso mensual Fuente de ingreso mensual Ingreso familiar mensual Ocupación Composición familiar Diagnóstico de salud de los miembros de la familia</p>
Perfil de la población estudiada como miembro/a de la población del programa y calificación que hace del mismo	<p>Tiempo de pertenencia al programa Frecuencia de participación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de transporte <p>Forma de acompañamiento Servicios que utiliza del Centro de Salud Frecuencia de atención de los servicios de salud que utiliza Calificación que hace de los servicios recibidos Calificación que hace la población sobre la relación entre los miembros-as del grupo de la tercera edad</p>
Valoración que hace la población sobre el impacto del programa en el funcionamiento social suyo y de su familia	<p>Valoración que hace la población sobre las orientaciones y conocimientos brindados por los especialistas del equipo de salud frente a sus necesidades Valoración que hace la población sobre los cambios habidos en el funcionamiento social a partir de su pertenencia al grupo Opinión de la población sobre la utilidad de lo aprendido en el grupo Orientación brindada por la población a los miembros-as de su familia Opinión de la población sobre la adopción de estilos de vida saludable por parte de su familia Opinión de la población sobre su posible rol de agente multiplicador de estilos de vida saludable Valoración que hace la población sobre la competencia de los especialistas responsables del grupo de la tercera edad al que pertenece Recomendaciones de la población a los especialistas que atienden al grupo al que pertenece Recomendaciones de la población sobre el programa de trabajo que debe desarrollar el grupo al que pertenece</p>

1.6 Hipótesis de Trabajo

- La población estudiada en su mayoría muestra bajos niveles de satisfacción sobre el accionar del programa en el funcionamiento social de ella y su familia
- La población estudiada no está utilizando todo su potencial orientador y de agente multiplicador con la población significativa de su entorno con miras a mejorar su calidad de vida a través de estilos de vida saludable

1.7 Metodología de la Investigación

- **Diseño de la Investigación**

De acuerdo a sus objetivos la investigación corresponde al nivel Exploratorio – Descriptivo Exploratorio porque nos permite familiarizarnos con un sector de la población poco estudiado desde diferentes puntos de vista e investigar su percepción sobre los servicios que recibe del programa así como el potencial de dichos servicios para mejorar y mantener su funcionalidad y promover estilos de vida saludable en la familia de éstos. En términos metodológicos la investigación responde a varias de las exigencias

del nivel descriptivo en cuanto a la delimitación de las variables a estudiar así como a la estructuración de la técnica de recolección de datos procesamiento y presentación de los mismos

La investigación en su diseño tiene elementos a su vez de la investigación evaluativa aquella donde las herramientas de la investigación social se ponen al servicio del ideal consistente en hacer más preciso y objetivo el proceso de juzgar un proyecto programa o método de intervención (Cohen y Franco 2006)

Existen vanas modalidades de la investigación evaluativa de acuerdo a los autores antes citados en el caso que nos ocupa se presentan componentes de la modalidad participativa y la denominada evaluación orientada a la administración En el caso de la primera se tiene como objetivo conocer entre otros aspectos las percepciones problemas experiencias y vivencias de la población participante para obtener propuestas de soluciones para transformar la realidad Su metodología corresponde como se deriva de su nombre a la de la investigación participativa en los enfoques o modalidades que requiera el objetivo de la evaluación

En el caso de la segunda su objetivo es proporcionar conocimiento y bases valorativas para tomar y justificar decisiones de los responsables del programa Esta se desarrolla en base a una investigación aplicada que hace énfasis tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos del programa y se centra básicamente en las necesidades de los clientes como es el caso de la nuestra

- **Población del Estudio**

La Región Metropolitana de Salud desarrolla el Programa de la Tercera Edad en cada uno de los Centros de Salud bajo su supervisión La población objeto de estudio estuvo conformada por el universo de adultos/as mayores inscritos en los grupos de Tercera Edad de los centros de salud en referencia

De acuerdo a un documento elaborado por la Coordinadora Regional de Trabajo Social de la Región Metropolitana de Salud (Gladys de Tedezco s/f) en el momento de la redacción del informe (se estima la fecha en el año 2010) los grupos de Adultos/as Mayores de dicha región tenían registrados un total de 456 unidades en los Centros y Poli-centros de Salud que aglutina la misma

El último listado de centros de salud y Poli Centros de la Región Metropolitana incluía sin embargo la cantidad de 18 centros de salud

La población de trabajo o sea a la que tuvimos acceso estuvo constituida por un total de 115 personas distribuidas en los centros de salud visitados según la tabla que aparece más adelante en este mismo punto. Como no accedimos a la población total podría hablarse de una muestra de conveniencia es decir estaríamos hablando del segmento de población a la que tuvimos acceso que es aceptable como modalidad muestral de los estudios exploratorios y que representa un 25% aproximado del universo

Dado los objetivos de la investigación resulta obvio que el criterio fundamental para contar con la población de adultos/as mayores de un centro de salud era la existencia o no del grupo en éste y en segundo lugar lograr el apoyo de la coordinación con las/los encargadas/os del programa o de esta población. El contacto con los grupos se dio a través de la coordinación con las/os Trabajadores Sociales y otro personal responsable del programa para garantizar la presencia de la autora en las sesiones de

reunión de cada uno de los grupos. Se intentó de forma infructuosa disponer de listados actualizados de la población a fin de determinar la necesidad o no de escoger una muestra del universo pero no fue posible en todos los casos.

Del total de 18 centros de salud, cuatro (4) no tenían al momento del estudio grupos de adultos/as mayores funcionando como tal; en otro había diferentes grupos congregados por cada día de semana. En un quinto grupo la presidenta del colectivo decidió por sí misma que no se le aplicara el instrumento al grupo sin permitirle tomar decisiones al mismo. En otros los grupos estaban decreciendo; en algunos los/as miembros/asnos respondieron que no se les tomaba en cuenta su opinión y que había pocos/as miembros/as. En algunos lugares de la comunidad existían grupos de adultos/as mayores guiados/as por personas que no laboraban en el Centro de Salud. Coordinaban con el/la profesional o el/la técnico/a encargado/a del programa de la tercera edad en la institución de salud para situaciones puntuales. Al momento de coordinar la aplicación del instrumento nos explicaron que la llegada de miembros/as en las reuniones varía; en otros no se logró coordinar tan pronto como se dio el cronograma al momento para

acceder a la población De esta forma quedaron 11 instituciones accesibles con grupos ubicados en estos centros de salud

En consecuencia se decidió entrevistar a todas las unidades de población disponibles o presentes que aceptaron ser entrevistadas/os el día de reunión que les correspondía en estos centros de salud

Tabla N 2

Distribución de la Población Encuestada según Centro de Salud de la Región Metropolitana de Salud 2011

N	Centros/Poli centros de Salud	Número de Adultos/as Mayores entrevistados/as	%
1	Felipillo	7	6 0
2	Tocumen	10	9 0
3	Mañanitas	7	5 0
4	Juan Díaz	8	7 0
5	Parque Lefevre	43	38 0
6	Rio Abajo	3	3 0
7	Pueblo Nuevo	9	8 0
8	Boca de la Caja	6	5 0
9	Chornillo	9	8 0
10	Santa Ana	4	3 0
11	Veracruz	9	8 0
Total		115	100

Fuente Información proporcionada por autora

Aquí se hace preciso anotar que en la presentación de los datos y su análisis si bien inicialmente se pensó en señalar el Centro de

Salud de origen de la población entrevistada la homogeneidad de las características y las respuestas hizo que diéramos un tratamiento general a los mismos

- **La recolección de los datos procesamiento y presentación**

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista semi-estructurada entrevistas informales la observación no participante y el análisis documental

Para recoger la información de la entrevista se utilizó un formato de encuesta semi-estructurado y pre-codificada con un total de 29 preguntas abiertas y cerradas en su mayoría La misma fue aplicada por la autora por un periodo aproximado de 3 meses mediante la técnica de la entrevista Previo a la aplicación final de la encuesta se realizó una prueba piloto con 10 unidades de población para luego de los respectivos ajustes aplicar la misma a la población objeto (Ver Anexo no 1)

La observación no participante se llevó a cabo teniendo presencia sin interacción en 3 sesiones de los diferentes grupos Las mismas tuvieron como objetivo más que recoger información nueva o complementaria tener la posibilidad de

contrastar lo que decían las unidades de población sobre algunos aspectos de las dinámicas grupales y lo que se daba en la vida cotidiana

El análisis documental como técnica imprescindible de toda investigación se utilizó luego de la recopilación de material relativo al tema estudiado tanto en la etapa de la pre-investigación como en la construcción del marco de referencia y del marco teórico así como en la revisión de los expedientes del grupo estudiado

Los datos fueron procesados en forma manual y presentados a través de cuadros estadísticos De acuerdo a la pertinencia o no de cruzar variables se hicieron tabulaciones simples y/o cruzadas

Previo a la tabulación se elaboró un plan de análisis de los datos de acuerdo al ordenamiento de la encuesta de lo simple a lo complejo y dentro del marco del ordenamiento de la tabla de cobertura de la investigación

La experiencia previa de trabajo con la población de estudio fue valiosa en la delimitación del problema la selección de las variables en el diseño del instrumento y el abordaje para iniciar la entrevista lo que realmente se convirtió en una limitación fue concretar los encuentros con los sujetos por razones de coordinación

Finalmente sobre este apartado tenemos que como propósito de uso se espera que tanto la metodología utilizada como las recomendaciones emanadas de los hallazgos pueda ser útil a las/los especialistas e interesados/as en el tema para el estudio e intervención a favor de la población de la tercera edad

Para ofrecer a los/as lectores un panorama más cercano del escenario del estudio el apartado a continuación trata sobre los grupos de adultos/as mayores de los Centros de Salud del MINSA su origen objetivos actividades y organización

1.8 Funcionamiento de los Grupos de Adultos/as Mayores en los Centros de Salud del MINSA

De acuerdo a Tedeasco (ibid 2 006) la organización de los Grupos de Adultos/as Mayores en los Centros de Salud del Sistema Regional de

Salud Metropolitano se inicia desde el año 1982 como un medio para realizar acciones de promoción prevención y participación social a favor de este grupo objetivo

En entrevista llevada a cabo a la Licda Rita Tejada de Modelo quien fue Trabajadora Social de la Región Metropolitana de Salud y trabajó por muchos años con ancianos/as como parte de las funciones que se hacían con el Programa de adultos/as del MINSA ésta detalla que en el Primer Seminario-Taller Nacional de Geriatria y Gerontología efectuado por el Ministerio de Salud en 1990 le dan la oportunidad de presentar la sistematización de experiencia que tuvo con el grupo del Centro de Salud Emiliano Ponce Tejada de Modelo explica que en 1981 la Trabajadora Social del Municipio de Panamá licda Cristina Calderón atendía a un grupo de envejecientes (adultos/as mayores) como parte de programas que desarrollaba la institución A estos/as se les proporcionaban un subsidio por carecer de una red familiar que los/as apoyará Igualmente coordinaba con otras entidades en áreas necesarias para ellos/as entre estos estaba el Centro de Salud

La Licda Calderón envió una solicitud a la dirección médica del Emiliano Ponce para que pudiera iniciarse una agrupación a favor de estas personas y brindarles un mejor servicio Es así como en 1981

empieza la formación de grupos de tercera edad en este Centro de Salud de la Región

Tejada de Modelo (2006) quien en la actualidad es coordinadora de Trabajo Social en el programa de Adulto/a a nivel nacional plantea que los grupos de la Tercera Edad en el Ministerio de Salud son agrupaciones de personas mayores de 60 años y más de edad organizados por la iniciativa de trabajadores de la salud en el marco del Programa de Salud del Adulto/a Mayor desarrollado en los Centros de Salud y cuyo objetivo central es promover el auto-cuidado de la salud de éstas personas

La membresía de estos grupos está conformada por personas de sesenta años o más aunque no es raro encontrar miembros/as menores de dicha edad

Tejada de Modelo (ibid 2006) describe los objetivos específicos de los grupos en referencia de forma siguiente

- Propiciar el contacto humano con el desarrollo de nuevas relaciones**
- Mejorar la calidad de vida de su membresía**
- Contribuir a disminuir el riesgo del aislamiento social**

- **Desarrollar actividades de interés para sus participantes**
- **Promover el auto-cuidado de la salud**
- **Fortalecer la autoestima de las personas mayores a través de la continuidad de sus roles sociales y el desempeño de nuevos roles**
- **Favorecer el intercambio de experiencias**
- **Estimular el crecimiento personal**
- **Promover actividades para mantener la autonomía de las personas mayores con un buen funcionamiento mental físico y social**
- **Realizar actividades recreativas que lleven a los participantes a interactuar con otras personas liberándolos de la rutina y el sedentarismo contribuyendo al enriquecimiento de sus vidas**

Tedezco (Op Cit.2010) plantea que la concentración de la programación de actividades de los grupos se da en la promoción de los estilos de vida saludable a través de la planificación conjunta con los miembros/as de los grupos. Las actividades se centran en las áreas de

- **Terapias ocupacionales**
- **Terapias de relajación**
- **Festejos de cumpleaños y fiestas especiales**
- **Caminatas fiestas**
- **Juegos florales**
- **Juegos de mesa**
- **Natación**
- **Sociocultural**

Es importante anotar aquí que de acuerdo a las autoras citadas el énfasis de los objetivos de los grupos de adultos/as mayores difieren. Para Tejada de Modelo el objetivo central de la existencia de estos grupos es promover el auto cuidado de la salud de la membrecia y segun Tedeasco el objetivo de estos estaría centrado en el desarrollo de estilos de vida saludable por parte de los sujetos. No hay contradicción en el sentido de que ambos son objetivos complementarios ya que la posibilidad del auto cuidado de la salud se ve facilitada o va de la mano de un estilo de vida saludable.

En cuanto a su organización los grupos pueden estar atendidos por Trabajadores/as Sociales, Educadores/as para la salud, Enfermeras/os y otro personal con formación en el área de salud con funciones básicas de facilitador y orientador. Sin embargo un equipo de salud es el ideal para hacerlo.

Los grupos por su parte eligen una directiva que conduce al grupo por el período de un (1) año. Para garantizar el cumplimiento de las actividades programadas cada grupo celebra actividades de autogestión para recoger fondos (ejemplo rifas, bingo, ventas de comidas entre otras).

De acuerdo a nuestra experiencia como responsable de grupos de adultos/as mayores es posible decir que en su mayoría los grupos funcionan con bastante autonomía en la programación de sus actividades y en el manejo de los fondos que les toca recabar para su subsistencia Sin embargo dicha autonomía en algunos casos puede revertir en la desatención de necesidades de la membresía del grupo dentro del marco de los objetivos para los que fueron creados

1 9 Modelos y Enfoques de Atención en Salud

La revisión de la bibliografía sobre el tema de este apartado nos permitió conocer la multiplicidad de enfoques conceptos y modelos en los que se categorizan los programas dirigidos a la atención de la salud del adulto/a mayor y otros grupos de población Se clasifican desde la cobertura geográfica niveles de atención fuentes de financiamiento modelos teóricos que los guían formas de organización entre otros factores

Para precisar a continuación se trata sobre la evolución de un modelo a otro del biológico al bio-psico-social entendiendo la evolución de un modelo a otro no como un enfoque privativo del grupo de población que

**nos ocupa sino como el que predomina hoy día como marco para
orientar la atención en salud del/la adulto/a mayor y del resto de la
población**

CAPÍTULO II

LA SITUACIÓN DEL ADULTO/A MAYOR EN PANAMÁ

2 Situación del Adulto/a Mayor en Panamá

El presente capítulo se centra en planteamientos y cifras de documentos oficiales tipo diagnóstico que caracterizan la situación de la población de adultos/as mayores en la República de Panamá en la última década. A través del mismo se pretende brindar un marco de referencia que no solo presente las características demográficas y de salud de la población objeto de estudio sino que nos provea de una visión integral sobre la misma considerando los aspectos sociales de seguridad económica legal institucional y programática.

2.1 Aspectos Demográficos

Como ya mencionamos tanto en la introducción como en el primer capítulo de este documento la estructura de la población panameña es aun relativamente joven no obstante el aumento considerable de nuevas cohortes que están ingresando a la edad avanzada. El índice de envejecimiento revela un aumento sostenido de la población adulta mayor en nuestro país situación que también mencionamos demanda estrategias y programas que garanticen la cobertura de las necesidades de dicha población.

De acuerdo al Ministerio de Salud (Ministerio de Salud Dirección General de Salud Comunicado de Envejecimiento Panamá 2012) en Panamá el proceso de transición de una sociedad joven a una madura se está produciendo con bastante celeridad Este fenómeno se asocia al aumento en la esperanza de vida al descenso en la fecundidad y a la reducción de mortalidad general principalmente en la infancia De esta forma se constata que en la medida que Panamá avanza en la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad y principalmente de la fecundidad se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población

El envejecimiento demográfico se define de acuerdo al ente rector de la salud panameña como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total lo que resulta como ya se indicó de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades

En Panamá de acuerdo a la misma fuente el porcentaje de población de 60 años y más ha ido en aumento desde 1950 En esa fecha solo representaban el 5.5% de la población total del país en

las décadas siguientes continuó aumentando de manera sostenida así en 2010 el 9% de la población tiene 60 años y más

Segun MINSALUD en Panamá en el año 1950 se tenía un 6.5% de personas adultas mayores y en el 2010 presentan un aproximado 9.5% de las personas de edad. En las próximas décadas se espera que el peso absoluto y relativo de este tramo etario continúe en aumento en 2025 representara el 10.5% de la población y en 2050 aumentará a 18%

Para 2025 se espera que Panamá presente tasas de fecundidad entre 1.8 y 2.0 hijos por mujer y un índice de envejecimiento que oscila entre 45.5 y 78.4 personas mayores por cada cien menores de 15 años ubicándose en una fase moderadamente avanzada de envejecimiento

Así vemos que en menos de 100 años se ha pasado de un país con altas tasas de mortalidad y natalidad a otro con ambas tasas bajas. En el cuadro 1 se observa que entre 1950 y 1960 la fecundidad en las mujeres panameñas era de 5.6 hijos en 2010 desciende a 2.6 hijos y se estima que para 2030 la fecundidad sea de 2.1 por mujer. La tasa bruta de mortalidad general se redujo a más de la mitad de

1950 a 2010 Este hecho es notable en la reducción de la Tasa de mortalidad infantil ya que de 101.3 en 1950 se redujo a 15.9 en 2010. La esperanza de vida al nacer ha presentado cambios dramáticos en los últimos 60 años. En 1950 para ambos sexos era de 54 (1)

En 2010 aumenta a 79.9 para las mujeres y 73.9 para los varones. Se estima que para el año 2050 la esperanza de vida en la mujer sea de 86 años y en los varones de 80 (Comunicado de Envejecimiento Ministerio de Salud 2012 Ibid)

Indicadores demográficos derivados de las estimaciones y proyecciones de la población al 1 de julio de 1950-2050

La transición demográfica y el proceso de envejecimiento de Panamá y la región se han caracterizado por la rapidez con que han ocurrido los cambios demográficos situación que no ha ocurrido en otras regiones del mundo por ejemplo Europa. En este contexto hay que tener en cuenta la falta de tiempo que aquello implica para

(1) Fuente: Contraloría General de la República. INEC 2010

realizar los ajustes socioeconómicos e institucionales coherentes con el escenario demográfico emergente Esta asimetría se manifiesta al comparar el rápido proceso de transformación demográfica y el más lento y volátil desarrollo económico y social (CEPAL/CELADE 2007)

Tabla N 3
Tasas de crecimiento fecundidad
mortalidad y esperanza de vida
En Panamá Años 1950-2050

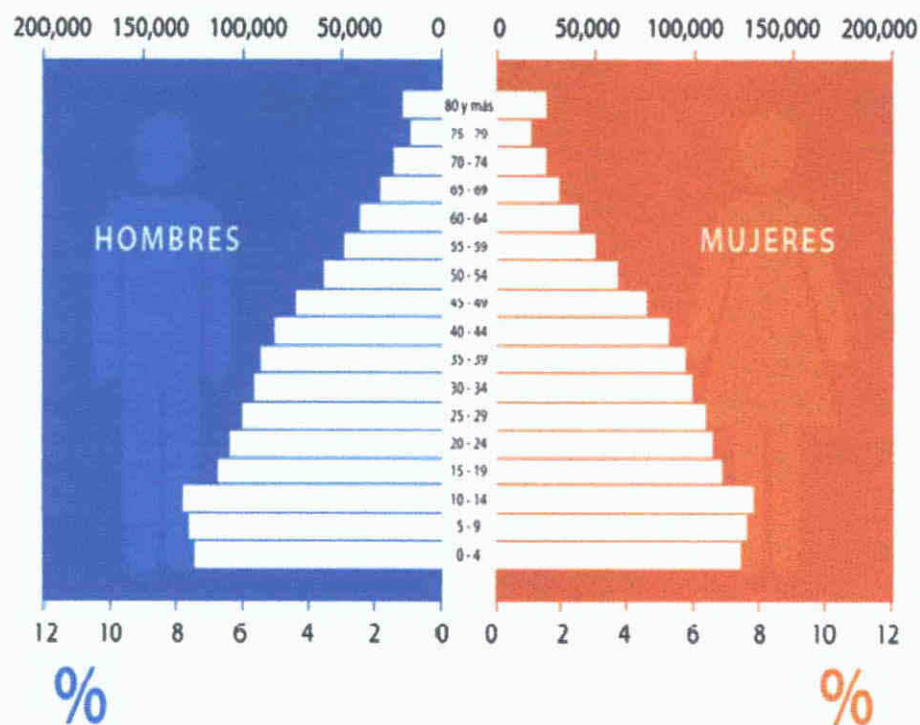
Año	Tasa de crecimiento anual	Tasa de fecundidad	Tasa bruta de mortalidad de 1000 habitantes	Tasa de mortalidad Infantil x 1 000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer
1950	No registrado	5 7	13 8	101 3	53 3
1960	2 82	6 0	9 9	68 2	60 9
2000	1 96	2 8	4 8	22 1	75 1
2010	1 78	2 6	5 0	15 9	76 8
2030	1 11	2 1	5 7	11 8	80 5
2050	0 56	1 9	7 7	9 1	83 2

Fuente Comunicado de envejecimiento MINSA 2012

El avance de la transición demográfica para los/as adultas mayores está en 7% para mayores de 65 años (según censo 2010 de Panamá) Cuando observamos la misma ésta se va englobando en adelante Dichos resultados redundarán en una gradual alteración

del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos —una pirámide con base amplia para los menores y en la cúspide angosta para los/as mayores— se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, con posterioridad, a la inversión de su forma inicial —una cúspide más ancha que su base—.

Gráfica No. 1
Pirámide de Población
República de Panamá 2010



Fuente: Panamá, UNFPA.ORG(original Contraloría General de la República 2010)

Como dato relevante en el año 1965 prácticamente la mitad (48%) de la población de esta subregión tenía menos de 15 años mientras que los mayores de 60 años representaban solo el 5.7% de la población total. Sin embargo a partir de 1970 comienza a apreciarse un descenso sostenido de la proporción de menores de 15 años mientras que los de 60 años y más comienzan a aumentar levemente su peso relativo. Esta situación se presenta debido a la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

En el año 2010 la población de 0 a 14 años representa el 16% de la población total. El grupo de 60 años y más ha aumentado al 7%. Las proyecciones de población indican que en las próximas décadas seguirá aumentando con mayor ímpetu el peso relativo de las personas de 60 años y más mientras que los niños continuarán disminuyendo su participación en la población total. Alrededor del año 2042 la proporción de ambos grupos será cercana al 20% posteriormente el número de personas mayores sobrepasará el de niños menores de 15 años.

Otros indicadores a considerar de acuerdo a MINSALUD para comprender mejor el proceso de envejecimiento que vive nuestro

país son el índice de envejecimiento y la edad media de la población. En el año 2000 el índice de envejecimiento fue de 24,9 personas de 60 años y más por cada cien menores de 15 años y se estima que para 2025 habrá 58 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años. En tanto la edad media en 1970 fue de 18 en 2000 fue de 25 y se espera que en 2025 este en 31 años.

De acuerdo al Ministerio de Salud, los hechos planteados generan la interrogante: ¿estamos preparados como país y como sistema de salud para afrontar de manera efectiva el envejecimiento? ¿Cómo impactará en los servicios de salud de las futuras décadas el envejecimiento acelerado de la población?

Según informes de la OPS, la transición demográfica en América Latina no se acompaña de una situación económica favorable. Se envejece demográficamente cuando todavía no se dispone de suficientes recursos económicos para enfrentar lo que conlleva atender las enfermedades crónicas características de ese periodo, de allí que el aumento de la supervivencia no ha ocurrido a la par de mejoras comparables en el bienestar, la salud y la calidad de vida.

Segun el estudio SABE dirigido por OPS más del 50% de los mayores entrevistados dijeron no tener recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas y una tercera parte no disponía de jubilación pensión ni trabajo remunerado

De acuerdo al documento sobre el Envejecimiento de la Población Panameña antes citado es inevitable tener mala salud en la vejez pero para aspirar a tener buenos indicadores de envejecimiento es importante crear para nuestra región una visión integral de la salud de las personas mayores. Se debe asegurar que los servicios de salud presenten una cobertura equitativa con criterios de continuidad en la atención adecuado acceso geográfico físico económico y cultural Que se ofrezca capacitación para la formación de cuidadores domésticos y haya disponibilidad de servicios de asistencia en el hogar o en las instituciones en especial los cuidados de largo plazo Estos servicios deben contar con una adecuada reglamentación y vigilancia que asegure el respeto a la dignidad humana los derechos de las personas mayores integrando con ello el Programa de Humanización

Es necesario fomentar la promoción de un envejecimiento satisfactorio con énfasis en buenos hábitos de alimentación evitar el

sedentarismo promover el saneamiento básico y la prevención de la enfermedad en todos los grupos de edades ya que para tener buena salud en la vejez es necesario haber gozado de buena salud desde el vientre materno

Combatir la malnutrición infantil las infecciones respiratorias y promover el auto cuidado de enfermedades como la diabetes y cardiovasculares es fundamental para disminuir el riesgo de discapacidad y muertes prematuras

Es necesario plantea la misma fuente desarrollar políticas para la prevención y detección oportuna del problema del maltrato al adulto/a mayor Se prevé que en los países en desarrollo el número de ancianos que haya perdido su autonomía se habrá cuadruplicado en 2050 Igualmente hay muchas personas de edad muy avanzada que no pueden vivir solas porque tienen dificultades para moverse y debilidad o tienen problemas de salud física o mental Muchas de esas personas necesitan atención y cuidados de forma prolongada tales como atención domiciliaria atención comunitaria vivienda asistida atención residencial y las estancias hospitalarias prolongadas La disponibilidad de estos servicios se hace más importante a medida que aumenta la población mayor de 80 años

Segun los informes en nuestra América Latina y el Caribe 2/3 de las personas mayores reportan al menos una de las seis enfermedades crónicas más comunes (hipertensión diabetes enfermedad cardiovascular cerebro-vascular enfermedades articulares o enfermedad pulmonar crónica

Tabla N° 4
Diagnósticos de salud Enfermedades Crónicas en MINSA
2010

Enfermedad	Frecuencia	Tasa/100,000 hab
Hipertensión	69 759	1 990 6
Obesidad	53 990	1 519 4
Asma Bronquial	27 443	683 1
Diabetes mellitus	13 899	396 6
Artritis reumatoide	8 166	233 6
Epilepsia	4 306	122 9
Enf P Obst crónica	2 925	121 5
Cerebrovascular	2701	77 1
Tuberculosis	586	16 7

Fuente MINSA

TABLA N 5
PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN
LA REPUBLICA DE PANAMÁ
AÑO 2010

Causa de Muerte	N	Tasas
Total	16 542	472 0
Enfermedades isquémicas del corazón	1 861	52 8
Enfermedades cerebro-vasculares	1 276	36 4
Diabetes Mellitus	874	24 9
Agresiones (homicidios)	760	21 7
Neumonía	722	20 6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	551	15 7
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	533	15 2
Accidentes de transporte	477	13 6
Enfermedades hipertensivas	359	10 2
Enfermedades del hígado	313	8 9
Tumor maligno de próstata	307	8 8
Demás Causas	8 509	242 8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República

Por otro lado de acuerdo a la misma fuente citada el riesgo de demencia aumenta considerablemente con la edad y se estima que entre el 25% y el 30% de las personas mayores de 85 años sufren algún grado de deterioro mental. En los países de ingresos bajos y medianos las personas mayores afectadas por la demencia no suelen tener acceso a la atención prolongada que requiere su estado a un precio asequible. Sus familias rara vez reciben ayudas públicas para financiar la asistencia a domicilio.

Se considera que los/as adultos/as mayores tienen un mayor grado de vulnerabilidad a los desastres que la población general de allí se les deba considerar como prioritarios en las situaciones de rescate al igual que en los/as niños/as sin embargo de acuerdo a MINSALUD no debemos perder de vista que ciertos de ellos/as pueden actuar como líderes o lideresas comunitarios ser un valioso recurso para su comunidad y para el proceso de ayuda humanitaria

2.2 Aspectos Sociales Económicos y Legales de la Realidad de las Personas Mayores en Panamá

La creciente importancia del tema del adulto/a mayor ha merecido la atención de los gobiernos mediante iniciativas propias de acción que pueden servir de base para políticas integrales referidas a este grupo de edad

De acuerdo al Diagnóstico Nacional de las Personas Mayores en Panamá la realidad detrás de las cifras muestran aspectos que los científicos sociales no pueden pasar por alto con el objeto de tener una visión integral de las necesidades de la población en referencia e intervenir en consecuencia

El documento en mención data del 2004 cuando fue elaborado por la Secretaría Técnica del Gabinete Social y la Dirección de Adultos Mayores del Ministerio de la Juventud la Mujer la Niñez y la Familia hoy Ministerio de Desarrollo Social con el acompañamiento técnico y logístico del Fondo de Población de las Naciones Unidas CEPAL CELADE y la OPS

Por considerar que su aporte es nco en el análisis de la cifras para lograr un visión completa de la realidad del adulto/a mayor panameño/a resumimos sus resultados a continuación Aunque las cifras no tengan el mismo comportamiento de 2010 creemos que los cambios habidos no reemplazan la nqueza de las conclusiones/aportes que se denvaron del diagnóstico de acuerdo al agrupamiento relacionado con los aspectos sociales económicos y legales del mismo Adicionalmente y no menos importante el diagnóstico en referencia fue realizado como indica su nombre para conocer específicamente sobre la población adulta mayor y no ha sido repetido de ahí la importancia de sus conclusiones

2 2 1 Aspectos Sociales

- De acuerdo al documento antes citado en Panamá el**

envejecimiento se traduce en una experiencia distinta para hombres y mujeres(diferencia de acuerdo al género) Los hombres viven buena parte de su vejez en compañía de una pareja ejerciendo la jefatura de hogar Las mujeres en cambio viven la viudez o la separación sin reintentar la vida en pareja pero no siempre asociada a la soledad ya que pasan a formar parte de los hogares de sus hijos y viceversa

- En otro ámbito existe una estrecha relación entre analfabetismo y pobreza en la vejez El diagnóstico muestra que las mujeres mayores tuvieron menos oportunidades de acceso a la educación que los hombres y esto explica sus bajos niveles de instrucción vuelve a repetirse la inequidad de género con más arraigo en años anteriores a diferencia de lo que se está dando en pleno siglo XXI**
- Pero el género no es la única base de diferenciación social de la vejez en Panamá Las personas mayores de origen indígena y rural presentan algunos rasgos sociodemográficos que en algunos casos son más acentuados que los de la población adulta mayor nacional y en otros casos difieren a los de este grupo En las**

poblaciones indígenas una menor proporción de personas mayores viven solas o están sin pareja la incidencia de la jefatura de hogar es más baja que en las personas no indígenas en general las sociedades indígenas están más envejecidas en las zonas urbanas que rurales podemos inferir que la exclusión de la que se habla hoy en distintos aspectos se observa en este grupo de población

- **En el caso de la población rural destaca la alta proporción de hombres mayores que viven solos y están solteros la importancia de las mujeres mayores en los hogares nucleares y extendidos —a pesar del mayor liderazgo familiar masculino— que la población rural está envejeciendo más rápido que la población nacional y que esta evolución será más acelerada**
- **Lo anterior demuestra que si bien el envejecimiento es un proceso generalizado su manifestación interna es diferente y que la actual población adulta es extremadamente heterogénea en cuanto a su composición generacional lo que deriva en necesidades e intereses particulares de acuerdo a su condición de género étnica o zona de residencia**

- En este contexto el envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentará Panamá en el siglo XXI en tanto ejercerá una presión importante en el sistema de seguridad social los sistemas de asistencia sanitaria de atención y cuidado de las personas mayores El desafío se centra en cómo enfrentar este reto a través de la definición de estrategias claras que garanticen junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir objetivos fundamentales de la política presupuestaria un nivel de vida digno para las personas mayores permitiéndoles favorecerse del bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública social y cultural

2.2.1.1 Aspectos Sociales sobre Entornos propicios y favorables

- La creación y/o reestructuración de los entornos físicos y sociales son dos asuntos importantes para lograr la integración al desarrollo en esta etapa de la vida y no convertir a las personas mayores en una carga para la sociedad

- Las evidencias demuestran que existen factores protectores de orden familiar posibles de fortalecer El hecho que una proporción minoritaria (5% del total) de la población adulta mayor esté en instituciones de protección familiar demuestra que la familia panameña sigue siendo la principal fuente de apoyo en la edad avanzada Sin embargo muchas familias en condiciones de pobreza se ven impedidas de ejercer adecuadamente la función de cuidado y apoyo de las personas mayores y las obliga a buscar como alternativa su institucionalización
- Pese a que la institucionalización es la alternativa menos deseada para vivir la vejez lo cierto es que determinados factores como la existencia de maltrato inadecuadas condiciones para el albergue o cuidado o los conflictos familiares hacen que el ingreso a una institución de protección familiar sea la alternativa más saludable para vivir los últimos años de vida
- Dentro de las tareas del MIDES antes MINIJUMFA se encuentra la supervisión de las

instituciones de protección familiar y la entrega de subsidios para la atención de la población residente. No obstante, es necesario perfeccionar el sistema de seguimiento y entrega de subsidios para fortalecer la capacidad de las provincias y comarcas de hacerse cargo de las personas mayores que deseen ingresar a una institución de protección familiar.

- Si bien los índices registrados de maltrato no son alarmantes, se detectó un aumento de su incidencia. El perfil de la persona mayor maltratada y agresora es coincidente: la primera, mujer de muy avanzada edad en situación de dependencia; y la segunda, su cuidadora o cuidador. Para prevenir esta situación, es indispensable el desarrollo de medidas de apoyo para quienes tienen la responsabilidad de brindar asistencia a las personas mayores, especialmente de aquellas en situación de dependencia, e iniciar acciones que contribuyan a reducir las causas del maltrato.**

- En diagnóstico se encontró que la imagen del envejecimiento en las generaciones más jóvenes es negativa. En general los y las jóvenes consideran que el envejecimiento es una etapa de pérdidas y como consecuencia la vejez se convierte en una carga para la sociedad. No obstante ello los y las jóvenes expresan una opinión más positiva en relación a las personas mayores diferenciando entre el proceso de envejecimiento y quiénes lo viven.
- El Informe señala que es preciso crear condiciones para fortalecer la imagen que la sociedad tiene de las personas mayores e implementar iniciativas de sensibilización con una perspectiva del ciclo de vida que concientice a las demás generaciones.
- Una gran parte del colectivo de personas mayores se encuentra organizado. Esto revela el potencial que tiene este grupo de edad de acuerdo al Informe. No obstante a fin de reducir los riesgos de clientelismo se requieren de medidas que favorezcan la autonomía de las actuales

organizaciones existentes y la creación de incentivos para que las personas mayores no organizadas trabajen en función de encontrar mecanismos de representación de sus intereses

- **En general la situación en vivienda de los hogares extensos con personas mayores es mejor que la de otros tipos de hogares. No ocurre lo mismo con las personas mayores solas que tienen los peores indicadores de condiciones de habitabilidad de la vivienda y de propiedad de la misma con un 12.3% con hogares unipersonales envejecidos**
- **La alternativa a una vejez en soledad puede ser la institucionalización —cuando es la opción deseada— pero también es importante diseñar estrategias que permitan a las personas mayores solas una vida independiente en una vivienda segura y adecuada**
- **Otro grupo que requiere intervenciones particulares en relación al espacio físico es la población adulta mayor rural debido a que el 49% suelen carecer de servicios básicos y los**

recursos económicos y físicos de los que disponen son insuficientes

2 2 2 Aspectos relativos a la Seguridad Económica

- **La seguridad económica en la vejez se entiende como la capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura Las fuentes de seguridad económica son de distinto origen dependiendo de la trayectoria de empleo y acceso a oportunidades que hayan tenido las actuales personas mayores en el transcurso de sus vidas**
- **A finales de la década pasada (2000) el 44% de la población adulta mayor panameña recibía ingresos por jubilación o pensión No obstante más de la mitad de las personas de edad avanzada no accede a los beneficios del sistema de seguridad social por lo que gran parte se ven obligadas a continuar trabajando en condiciones desfavorables generalmente en empleos informales con bajos salarios y sin resguardo contra riesgos**

- A nivel nacional la pobreza afecta a cerca de 3 de cada diez personas mayores. No obstante, los índices aumentan cuando se trata de la población adulta mayor rural e indígena, donde la incidencia de la pobreza alcanza al 64.9% y 95.4% respectivamente.
- El sistema de seguridad social panameño debe enfrentar los desafíos de aumentar sus niveles de cobertura de la actual población en edad productiva, de garantizar su sostenibilidad, incluyendo la necesidad de reevaluar los parámetros actuariales existentes y su manutención o cambio, y de diseñar estrategias para brindar protección a la población adulta mayor desprotegida.
- Para mantener los actuales niveles de cobertura y beneficios, se debe asegurar, de acuerdo al Informe, la solvencia y transparencia del sistema, llevando a cabo medidas que permitan que las futuras generaciones de personas mayores puedan acceder a pensiones dignas.

2.2.3 Marco Legal y Programático

- El estudio del marco legal y programático que da cobertura a la población de adultos/as mayores revela que la

Constitución Política de la Republica de Panamá (1972) y el conjunto de leyes particulares que de ella derivan —en especial el Código dela Familia (1995)— han guiado la acción gubernamental en favor de las personas mayores y se han plasmado en programas y actividades específicas llevadas a cabo por distintas instancias gubernamentales cuya misión no estaba dirigida expresamente al conjunto de la población adulta mayor o bien atendía a un sector particular

- **La orientación de estas disposiciones se enmarcan en brindar protección a las personas mayores y garantizar la seguridad económica a través de dos tipos de servicios la seguridad social y la asistencia social**

2 2 3 1 Marco Legal

- **De acuerdo al informe diagnóstico citado para efectos de la Constitución Panameña existen dos categorías de personas mayores el jubilado el titular de derechos y el anciano objeto de tutela**

- Con la adopción del Código de la Familia en la década de los noventa se plantea además que uno de los objetivos de intervención del Estado es la familia y dentro de ella los más vulnerables (niños jóvenes discapacitados personas mayores y mujeres) En el caso de las personas mayores una lectura analítica del Código permite identificar distintos instrumentos para protegerlos de las disfunciones familiares o en el caso inverso fortalecer la institución familiar cuando la dificultad se origine a partir de la presencia de personas mayores en su seno
- Las disposiciones a favor de las personas mayores en el Código de la Familia (Código de la Familia Republica de Panamá 1995) se refieren específicamente a

La colocación familiar que consiste en ubicar al anciano/a en un centro u hogar distinto a de sus parientes con la obligación de alimentarlo custodiarlo educarlo asistirlo y readaptarlo socialmente (Artículos 364-371)

La atención problemática socioeconómica que establece que las instituciones que ofrecen prestaciones de servicios y auxilios económicos directos de los sistemas de seguridad social a las familias otorgará atención preferente a los que soportan cargas especiales por razones de enfermedad minusvalía entre otros Así mismo dispone que las instituciones de educación deban adoptar medidas necesarias para preparar a las personas mayores para nuevas carreras técnicas y universidades favoreciendo la promoción ocupacional (Artículos 607-625)

- **Sobre la educación se dispone la creación de programas educativos para personas mayores y de difusión de los programas dirigidos a ellas (Artículos 673 676)**
- **Sobre centros de asistencia habilitación y rehabilitación para ancianos el código indica los requisitos que debe cumplir el personal regula el ingreso y establece que el Estado apoyara su creación con preferencia en los lugares que no reciba los**

beneficios de la acción estatal y de la seguridad social organizada (Artículos 721 726)

Todas las disposiciones antes mencionadas sustentan las acciones dirigidas a las personas mayores en Panamá. En el marco normativo según el Informe diagnóstico citado las disposiciones más importantes son los Decretos Ejecutivos que regulan ámbitos particulares tales como la apertura y funcionamiento de los centros de atención diurnos hogares o albergues para persona mayores (Decreto Ejecutivo no 3 del 28 de enero de 1999) subsidios que otorga el Estado a organizaciones sin fines de lucro y personas naturales dedicadas al desarrollo de programas sociales dirigidos a grupos vulnerables (Decreto Ejecutivo no 26 de 6 de Agosto de 1999) creación del Consejo Nacional de Adulto Mayor (Decreto Ejecutivo no 23 del 24 de Junio de 1999) y establecimiento de la semana del Anciano en el territorio nacional (Decreto no 57 de 19 de Junio de 1978)

También debe señalarse la Ley no 4 del 29 de Enero de 1999 mediante la cual se regula la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres con el objetivo de alcanzar la igualdad real de género. La ley en referencia contiene una sección dedicada a las mujeres mayores y establece los mecanismos que puede utilizar el Estado con el fin de velar por el bienestar la seguridad social y el potencial de las mujeres adultas mayores

2.3 Marco Institucional Programático

En Panamá los esfuerzos orientados a la atención de la población adulta mayor son realizados fundamentalmente por tres instituciones gubernamentales: el Ministerio de Desarrollo Social, la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. (Diagnóstico Nacional de las Personas Mayores en Panamá 2004. Ibid.) Podemos decir que incluimos al Municipio como ente que tiene mucho tiempo de entregar subsidios para los adultos/as mayores con dificultades económicas

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

- El objetivo del MIDES es impulsar el desarrollo humano por la vía de la participación y la promoción de la equidad y procurar la integración social a través de la atención específica de grupos prioritarios entre los que se encuentran las personas mayores. A través de la unidad competente el MIDES planifica promueve organiza dirige desarrolla coordina ejecuta y da seguimiento a la aplicación de políticas programas proyectos y acciones relativos a las personas mayores que van desde transferencias directas como el Programa de 100 a los 70 el seguimiento a las instituciones de los centros de atención del adulto/a mayor las respuestas integrales a situaciones de riesgo social que afectan la integridad física y social del adulto/a mayor la promoción de estilos de vida saludables en la población en referencia y la educación y sensibilización de la sociedad para que se de un mejor trato a los/as adultos/as mayores así como la promoción de los derechos humanos de este grupo
- Otro organismo que funciona adscrito al MIDES es el Consejo Nacional de las Personas Adultas Mayores (CONAM) que actúa como cuerpo consultivo sirviendo como agente orientador y de

apoyo para el desarrollo de políticas nacionales en beneficio de esta población. Está conformado por 14 instituciones representativas del sector gubernamental y de la sociedad civil.

- La función principal del CONAM es promover acciones, planes, programas, tales como dar seguimiento y velar por el cumplimiento de las normas y disposiciones legales existentes en el país. Entre las acciones realizadas por este organismo se encuentran las siguientes:**
- Revisión, formulación y seguimiento de leyes, programas y proyectos existentes, tales como el impulso de nuevas acciones en beneficio de la población adulta mayor.**
- Creación del reglamento interno que rige el funcionamiento del Consejo Nacional del Adulto(a) Mayor.**
- Revisión del Anteproyecto de Ley No. 69 que modifica la Ley No. 15 del 13 de julio de 1992 referente a los beneficios por servicios y compras a los que tienen derecho los jubilados y pensionados de la tercera edad, y**
- Revisión del Anteproyecto de la Ley Nacional de Atención Integral del Adulto(a).**

CAJA DEL SEGURO SOCIAL

- **La Caja del Seguro Social (CSS) fue creada mediante Ley 23 de 21 de marzo de 1941 Reformándosele en 1954 debido a una revisión integral aprobado segun El Decreto Ley N 14 del 27 de agosto de 1954 Es una entidad de derecho publico autónoma en lo administrativo en lo funcional en lo económico en lo financiero con personeria jurídica patrimonio propio con derecho a administrarlo y fondos separados e independientes del Gobierno Central**
- **La CSS tiene a su cargo la administración y dirección del Régimen de Seguridad Social de conformidad con la Constitución Nacional las leyes y reglamentos pertinentes y cubre los nesgos de enfermedad maternidad invalidez orfandad auxilios de funerales accidentes del trabajo y enfermedades profesionales**
- **Esta institución protege a todas las personas que tienen acceso a los beneficios del seguro social siempre y cuando cumplan los requisitos legales establecidos para tal fin Comprende los trabajadores cotizantes los pensionados y los dependientes de ambos grupos**
- **Las personas mayores acceden a diferentes programas de la Caja del Seguro Social En algunos casos su acceso es directo ya que**

son los(as) cotizantes. En otros casos acceden como beneficiarios de éstos. En cuanto a las prestaciones que cubren directamente los riesgos de vejez son

- ✓ Las jubilaciones que se otorgaban amparadas por la Ley No 15 y No 16 del 31 de marzo de 1975 la cual confería tal condición en función de una antigüedad en el empleo – no existía una edad de retiro – y generalmente el monto de la jubilación alcanzaba al 100% de su último salario (limitado por un monto máximo de B/ 1 500)**
- ✓ Las pensiones de vejez del Programa de IVM que requieren una edad normal de retiro fijada en 57 años para la mujer y 62 años para los hombres quienes deben contar con un mínimo de 180 cuotas aportadas y que serán aumentadas a 216 después del 2012 y así sucesivamente las cuales serán sometidas a la aplicación de la fórmula de cálculo de la pensión que se establece en el artículo 53 –A y 54 de la Ley Orgánica de la CSS**
- La CSS también desarrolla importantes actividades en el área de salud y promoción social. Desde 1985 estableció el Programa Nacional de Pensionados Jubilados y Tercera Edad respondiendo a la estrategia de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones**

Médicas de adaptarse a las necesidades particulares de este grupo de población que genera una gran demanda de servicios institucionales (en especial en el tercer nivel de atención) debido al padecimiento de enfermedades predominantemente crónico-degenerativas de difícil cura y altos costos de atención

- **La CSS ejecuta distintos subprogramas dirigidos a las personas mayores de 50 años pensionados jubilados y beneficiarios de la CSS a fin de preservar su dignidad subsistencia y salud con el fin que los mismos favorezcan un envejecimiento activo y saludable priorizando las acciones de promoción protección prevención recuperación y rehabilitación de las personas adultas mayores de modo de reducir la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y discapacitantes al igual que la incidencia de enfermedades prevenibles tales como los subprogramas**
- **De Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI) que atiende a enfermos funcionalmente dependientes previa evaluación y posterior control residentes en la Región Metropolitana Región Oeste y Región Este**
- **De Promoción Prevención y Atención de la Tercera Edad que brinda los servicios médicos sociales de enfermería fisioterapia farmacia y afines a jubilados pensionados y beneficiarios independientes y tiene entre sus objetivos el favorecer un**

**envejecimiento activo a través de controles de salud bianual
charlas mensuales sobre temas de promoción de la salud y estilos
de vida saludables vacunación contra el tétano y el neumococo
control y seguimiento de enfermedades crónico degenerativas e
infecciosas realización de actividades de esparcimiento y
recreativas como la celebración de la semana de la tercera edad
realización de juegos florales y regionales de la tercera edad y en
otro orden la formación del voluntariado de oro Este subprograma
se implementa en todas las policlinicas de la CSS a nivel nacional**

- **Centros de Atención Diurnos Casas de la Tercera Edad ubicadas
en la Región Metropolitana y Región de San Miguelito de la
Provincia de Panamá cuyo objetivo es mantener a las personas
adultas mayores activas evitando el aislamiento y la depresión y
contribuyendo a mejorar sus fuentes de ingreso Entre las
actividades que se realizan se encuentran manualidades pinturas
sastrieras y artesanías y otras de carácter recreativo tales como
bailes típicos y antiguos**
- **La Caja disponía también de infraestructura como era del Hospital
Genátnico 31 de Marzo y recurso humano especializado como
genatras médicos generales y especialistas enfermeras
trabajadores sociales nutricionistas entre otros para la atención en
salud de sus beneficiarios Este fue integrado dentro del Hospital**

Regional Docente 24 de Diciembre-CSS para octubre del 2012 Lasala de Geriatria cuenta actualmente con 70 camas asimismo tiene la responsabilidad con el Hogar de la Esperanza el cual se encuentra en Veracruz

- **En relación a la formación de recurso humano la CSS ha creado el Diplomado en Gerontología de carácter multidisciplinario de salud dirigido a profesionales de la salud como médicos generales enfermeras auxiliares trabajadoras sociales nutricionistas y residentes a quienes por cuatro meses se les capacita y actualiza en atención prevención y promoción de la salud de adultos/as mayores Hasta ahora se han graduado 65 personas en este programa**

MINISTERIO DE SALUD

- **El Decreto de Gabinete No 1 del 15 de enero de 1969 establece al Ministerio de Salud como institución exclusiva y rectora de la salud en el ámbito nacional El Ministerio tiene como misión el compromiso de garantizar los servicios de salud integral proveer en forma óptima salud física mental social y ambiental a la población panameña mediante la promoción prevención provisión y rehabilitación sostenible con los mejores recursos materiales**

humanos y financieros actuando siempre con equidad eficacia eficiencia con participación e integración social

- **En cuanto a la capacidad instalada para la atención de las personas mayores el MINSA cuenta con el Hogar de Larga Estancia del Ministerio de Salud pero en general el Ministerio no dispone de recurso humano dedicado a la atención exclusiva de la población adulta mayor Los funcionarios de salud (médicos enfermeras trabajadoras sociales nutricionistas psicólogos) que intervienen en su atención deben distribuir las horas contratadas para el manejo de varios programas o actividades y en las mayorías de las instalaciones de salud incluso no se cuenta con el equipo completo**
- **A nivel programático esta institución cuenta con normas que regulan la atención de los(as) adultos(as) mayores las cuales se encuentran plasmadas en las Normas de Atención del Programa de Salud de la Tercera Edad del año 1992 y en las Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente de 1998 A través de estas normas se establece la realización de actividades de promoción prevención atención y rehabilitación de las personas adultas mayores considerando los factores biopsicosociales y del ambiente Los objetivos generales de las Normas son**

- ✓ **Elevar el nivel de salud de la población adulta y adulta mayor promoviendo su pleno bienestar biológico psicológico y social a través de una medicina integral dirigida al individuo la familia y a la comunidad contribuyendo al desarrollo socioeconómica del país**
- ✓ **Promover la interrelación entre los distintos niveles de atención de nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar tanto la calidad de la atención como el grado de satisfacción de la población adulta con los servicios del país**
- ✓ **Fomentar las acciones de educación prevención curación y rehabilitación integral que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad en la población adulta**

Las universidades panameñas están haciendo conciencia de la situación del/la adulto/a mayor La Universidad de Panamá cuenta con la Universidad del Trabajo y La Tercera Edad La Tecnológica también contribuye con éste grupo etario La Universidad Especializada de Las Américas tiene en su programa la Licenciatura de Gerontología Social

2.3 Algunas conclusiones relevantes sobre la situación del adulto/a mayor en Panamá

El/la adulto/a mayor en Panamá se le dificulta establecer nuevas amistades por lo que se van generando ciertas situaciones de aislamiento y soledad a medida que las personas envejecen adquiere otros roles como el cambio de padre a abuelo de esposo a viudo de trabajador a jubilado etc

Estos factores influyen para el aislamiento social por lo que experimenta la situación como impuesta por los/as demás De esta forma se convierte en un estado negativo o amenazante que puede conducir a un rápido deterioro de las habilidades inter personales aislándose y sintiéndose solo/a

La soledad es la percepción de un contacto humano insuficiente y puede provenir del aislamiento social que puede ser consecuencia de la falta de satisfacción de una persona mayor con su propio cuerpo originada por la pérdida de movilidad o por incapacidad para funcionar

De acuerdo a los autores del documento fuente de este apartado (Diagnóstico Nacional de las Personas Mayores en Panamá Ibid)

la revisión del marco legal institucional y programático permite llegar a ciertas conclusiones interesantes como

- **La concepción bipolar de la vejez anciano v/s jubilado —en general haciendo alusión al hombre mayor más que a la mujer— se ha traducido en una forma particular de enfrentar el fenómeno del envejecimiento en nuestro país**
- **El hecho que el Ministerio del Trabajo y Desarrollo Laboral — antiguo Ministerio del Trabajo y Bienestar Social — haya tenido a su cargo los asuntos relacionados con las personas mayores de nuestro país explica de algún modo que una parte de la población adulta mayor haya sido conceptuada como anciano y con ello como dependiente de cuidados y carente de recursos La misión por excelencia de los Ministerios del Trabajo en la región ha sido la preocupación por la población activa y las personas mayores en razón de su edad son el residuo de dicha población exceptuando los/as jubilados/as**
- **Lo anterior no es un problema en sí Más bien se transforma en un obstáculo cuando determinados encuadres de política traspasan las fronteras oportunas de aplicación y hoy en día el concepto de anciano y las acciones fundadas en dicha concepción están en entredicho**

- Los resultados del diagnóstico revelan de acuerdo a los/as autores/as que la mayoría de las personas mayores son autónomas aquellas que no tienen seguridad social siguen insertas en el mercado del trabajo —aunque sea informal— y la familia sigue haciéndose cargo de sus antecesores —y ello explica el bajo porcentaje de población institucionalizada del país—
- Con la creación del MINJUNMFA luego MIDES la orientación de la acción gubernamental en materia de atención a grupos sociales cambió. El eje del accionar del Ministerio es el desarrollo humano no el bienestar social es decir un enfoque más amplio que las condiciones de vida de la población. Para el año 2005 El MIDES promovió por medio de investigaciones buenas prácticas a favor de los/as adultos/as mayores los instrumentos para la detección y registro de los malos tratos hacia las personas adultas mayores participación como país sobre el envejecimiento a nivel de 4 países (Delphi-análisis de los resultados por CELADE)
- La CSS se encarga de la población adulta mayor beneficiaria de sus programas por lo tanto su cobertura es selectiva concentrada en el sector de población adulta mayor más privilegiado de nuestro país aquel que cumplió con los requisitos

para acceder a un beneficio quedando un amplio margen de población adulta mayor excluida de ciertas garantías

Algunas universidades panameñas están haciendo conciencia de la situación del/la adulto/a mayor como lo son La Universidad de la Tercera Edad La Tecnológica y UDELAS con la carrera de licenciatura en Gerontología Social quien también contribuye con éste grupo al tomarlos en cuenta

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

3 Teorías y conceptos de la Investigación

La teoria como grupo de ideas organizado que explican un fenómeno deducidas a partir de la observación la experiencia y el razonamiento lógico constituido por un conjunto de hipótesis y un campo de aplicación nos permite en este caso tener un cuerpo de conocimientos anticipado del tema que estamos llevando

De acuerdo a Hernández Sampieri (Op Cit. pág 52 2010) El marco teórico ayuda al autor a sustentar los planteamientos de la investigación a dar respuesta a una pregunta o preguntas de la investigación o bien puede proveer una dirección a seguir dentro del tema del estudio (Dankhe 1986)

La literatura revisada puede revelar segun Dankhe (citado en Hernández Sampieri) que existe una teoría completamente desarrollada con abundante evidencia empírica y que se aplica a nuestro problema de investigación Qué hay vanas teorías que se aplican a nuestro problema de investigación

Que hay piezas y trozos de teoria con apoyo empírico moderado o limitado que sugieren variables potencialmente importantes y que se aplican a nuestro problema de investigación estudio

Que solamente existen guías aun no estudiadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de investigación

En cuanto al término teoría en sí Hernández Sampieri nos señala que la revisión de la literatura nos indica que el término se utiliza de diferentes formas para indicar cuestiones distintas y otras veces términos relacionados como orientación teórica esquema teórico marco teórico de referencia se usan ocasionalmente como sinónimos

De acuerdo al autor citado en ocasiones con ese término se indica una serie de ideas que una persona tiene sobre un aspecto de la realidad en otras la teoría ha sido considerada como un conjunto de ideas que comprobables o no tienen los científicos mientras que otras definiciones de la teoría las perciben como ideas totalmente desvinculadas de la realidad y por tanto de poca utilidad

En el caso de esta investigación hemos hecho una revisión de la literatura relacionada con el tema y conformamos este capítulo con aquellos enfoques teóricos y conceptos relacionados con el mismo y que son mencionados como parte fundamental de la orientación que deben tener los programas orientados dentro del área de salud al bienestar en la vejez

El capítulo se organiza en tres apartados en primer lugar con la revisión de conceptos claves en la interpretación del envejecimiento Este más que simple definiciones trata de ofrecer al lector-a las vanadas perspectivas desde las cuales se visualiza el proceso de envejecimiento En segundo lugar se da la revisión de los dos modelos de atención que han orientado los sistemas salud publica a través de la historia y que obviamente están sustentados en conceptos que marcaron la dirección de esos modelos en su aplicación En tercer lugar se abordan los conceptos/ejes en los que deben enfatizar los modelos/programas desarrollados por lo sistemas de salud del mundo de acuerdo a los organismos internacionales para alcanzar el objetivo del bienestar pleno de la población de adulta/o mayor

Sobre el particular anotamos entonces que dentro de lo que plantea Dankhe después de la revisión bibliográfica realizada y sobre el uso que dimos a los hallazgos podemos concluir

Que hay vanas teorías que se aplican o relacionan con nuestro problema de investigación

Que hay piezas y trozos de teoría con apoyo práctico en este caso extenso que plantean variables importantes y que se aplican o relacionan a nuestra investigación

3.1 Los conceptos relacionados con el tema

En este segmento del informe más que dedicamos a dar definiciones per sé nos interesa adentrarnos en las diferentes percepciones desde las cuales puede enfocarse entenderse el proceso de envejecer

La Real Academia Española (diccionario 2001) nos define la palabra viejo como la persona que cumplió 70 años pero no en todos los ámbitos está tan claro el límite de edad para que una persona comience a ser viejo/a. Esto se debe según autores como Bazo M T (1990) porque la esperanza de vida varía mucho entre las distintas culturas hoy día

Por tanto es posible según el autor citado una media de vida en función de la sociedad de la que se trate que puede cubrir desde los 40 años hasta sobrepasar los ochenta. De ahí que se pueda hablar según Fernández Ballesteros Rocío (2000) sobre una variedad y

hasta indefiniciones claras de las distintas conceptualizaciones de la vejez

**Adicionalmente el significado de los conceptos de vejez y envejecimiento pueden ser interpretados y abarcar diferentes dimensiones sobrepasando lo puramente biológico para cubrir lo social y hasta lo filosófico (Fernández Ballesteros ibíd)
Dependiendo de por quién sean interpretados desde la visión de los profesionales que se ocupan de la atención de los ancianos/as pasando por los propios gobernantes o de la misma población envejeciente**

Agrega la autora citada que dado a que la vejez en nuestros días ocupa un largo período en la vida de las personas el fenómeno es nuevo y por tanto propicia la indefinición

Fernández Ballesteros (op cit) nos plantea además que dado a la diversidad y complejidad de los cambios que se enfrentan en esta etapa de la vida ninguna disciplina por sí sola puede dar cuenta de esos cambios en su totalidad lo que hace más difícil su conceptualización precisa

Revisando los antecedentes en la tradición greco-romana la vejez era considerada como una total desgracia para las personas. De ahí que los filósofos y escritores de la antigüedad llegaran a ver que el morir joven era un privilegio para no tener que enfrentarse al declive físico y las enfermedades de la vejez. Platón fue la excepción cuando ya de edad avanzada escribió en su obra La República la experiencia positiva del envejecimiento.

En las culturas orientales como ya mencionamos en el primer capítulo y en las culturas judía y árabe la vejez era vista como un signo de favor divino. En la literatura producida por estas culturas refleja específicamente la judía (Barash David 1994) los ancianos son respetados y cuidados incluso por las instituciones del Estado. Mientras que en la cultura árabe las mujeres mayores se les reconoce una posición de poder con un fuerte ascendiente sobre sus hijos varones.

Parte de las definiciones de algunos conceptos tiene su origen en que la investigación sistemática de los procesos de envejecimiento no se dio sino hasta mediados del siglo pasado cuando se dan los primeros congresos sobre el tema. De acuerdo a Ursula Lehr (1988) esto ha contribuido a que la edad en que comienza la vejez no es

algo que esté delimitado ni biológica ni psicológicamente sino que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas

De ahí que la autora proponga diferentes acepciones del término vejez

- **El envejecimiento psicológico puede entenderse como el comportamiento y las vivencias de la vejez. Este según el autor está sólo en una pequeña parte determinado de modo biológico o sea por el estado de salud en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales sociales y ecológicos**
- **El envejecimiento social que dependerá del modelo socio-cultural donde se desenvuelva el individuo condicionado a su vez por multiplicidad de variables macro y como la economía la política y la demografía entre otras sin descartar la organización social y las relaciones entre los individuos**
- **El envejecimiento biológico tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo con el paso del tiempo y ocurre en un periodo que comienza con el crecimiento en la infancia y la pubertad y en los años ulteriores a la adolescencia**

- Posteriormente tiene lugar una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales a medida que se avanza en la edad adulta
- Para Fernández Ballesteros la edad biológica es uno de los más potentes indicadores de la vejez Sin embargo de acuerdo a Lehlia edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional ni su rendimiento intelectual
- Generalmente segun Lerh (1983 Op cit) las señales del paso del tiempo en las personas son más evidentes para los observadores que para los propios sujetos que envejecen al ser éste un proceso gradual ya que las vanaciones que se producen con el tiempo aunque constantes son pequeñas

Para la autora una persona es vieja como en cualquier otro rol social cuando los miembros del grupo social del que forma parte lo consideran así De esta forma en cualquier tipo de sociedad las personas se saben viejos/as en primer lugar a través de los otros aunque ellos/as sean reticentes a identificarse como tales manifestación que ocurre con mucha frecuencia Fenómeno que puede ser causado segun Bazo (1990) por los estereotipos peyorativos que tiene la etiqueta de viejo en nuestras sociedades

Por otro lado Neugarten B (1975) que ve la vejez desde el enfoque del ciclo vital y que más adelante discutimos ampliamente nos dice que a medida que las personas van cumpliendo o teniendo más años intervienen en su propia visión variables socio demográficas experienciales y las características propias de su personalidad que influyen en cómo cada persona se ve a sí misma sea y se comporte diferente a otras personas de su misma edad

Volviendo a Fernández Ballesteros antes citada ésta hace una distinción entre los conceptos declive y deterioro usados con frecuencia para caracterizar el proceso de envejecimiento Entendiendo por declive el decremento que experimenta una determinada función psicológica en la mayor parte de los seres humanos mientras que por deterioro se da cuando este decremento se desvía significativamente de la media del grupo y por tanto puede considerarse anormal y relacionado con patologías biológicas

Cuando se habla de tercera y cuarta edad la misma autora reserva el segundo término para las personas que sobrepasan los 80 años cuando se produce una clara disminución de las capacidades funcionales

Finalmente tenemos que segun Kalish R (1991) las definiciones de envejecimiento y vejez también pueden depender en gran medida de los modelos de curso vital dominantes socialmente los cuales segun el autor obedecen a variables como la organización familiar la estructura económica los factores demográficos y políticos así como los sistemas de creencias compartidas Planteamiento que reitera la diversidad de concepciones que pueden surgir sobre el proceso de envejecimiento

3 2 Modelos y Enfoques de Atención en Salud

La revisión de la bibliografía sobre el tema de este apartado nos permitió conocer la multiplicidad de enfoques conceptos y modelos en los que se categorizan los programas dirigidos a la atención de la salud del adulto/a mayor y otros grupos de población Se clasifican desde la cobertura geográfica niveles de atención fuentes de financiamiento modelos teóricos que los guían formas de organización entre otros factores

Para precisar a continuación se trata sobre la evolución de un modelo a otro del biológico al bio-psico-social entendiendo la

evolución de estos modelos no como un enfoque privativo del grupo de población que nos ocupa sino como el que predomina hoy día como marco para orientar la atención en salud del adulto mayor y del resto de la población

3 2 1 El modelo biológico de la salud

Durante miles de años la enfermedad se ha entendido como el resultado de la invasión del organismo humano por parte de agentes externos bien fueran éstos la acción de los dioses el resultado de la posesión del organismo por espíritus malignos o más recientemente la invasión de microorganismos Esta visión ambientalista de la enfermedad cobró fuerza especialmente gracias a la aparición del microscopio y a los avances en la ciencia médica durante los siglos XVIII y XIX con el descubrimiento de los microorganismos como causantes de ciertos trastornos el desarrollo de la cirugía la construcción y mejora de la reputación de los hospitales

De este modo hasta hace pocas décadas se ha mantenido la concepción de que mente y cuerpo constituyen entes

separados bajo el prisma del llamado modelo biomédico de la salud y la enfermedad según el cual todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos resultado de heridas desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas (Engel 1977) negándose de este modo cualquier influencia sobre la salud de procesos de índole psicológica o social Sin embargo desde mediados de este siglo se comenzaron a plantear alternativas a este modelo dado la pobreza explicativa del mismo para dar cuenta de los cambios en el panorama epidemiológico de los países industrializados Así mientras que hasta la primera mitad del siglo XX la sociedad norteamericana y europea sufría y moría principalmente a causa de enfermedades infecciosas producto de la acción de agentes patógenos bacterianos o víricos y trastornos derivados de la malnutrición a partir del siglo XIX por el contrario y especialmente a lo largo del siglo XX este tipo de enfermedades progresivamente más eficaces de índole tanto farmacológica como quirúrgica y al avance de medidas preventivas como la promoción de la higiene personal vs limpiarnos de agentes transmisores las vacunas la mejora de la nutrición el cuidado del ambiente en las fábricas viviendas

con aire cruzado y con material adecuado la cloración de las aguas publicas el tratamiento de las aguas residuales etc (Sarafino 1990) Comienzan a descender gracias al desarrollo de comprender el enfoque de determinantes de la salud desarrollado con Promoción de la salud en Ottawa los tratamientos y mantenimiento de la misma

Como consecuencia de ello la esperanza de vida ha experimentado un aumento notable especialmente en las ultimas décadas de este siglo Por ejemplo en EE UU desde 1900 hasta la década de los 80 la esperanza de vida de la población blanca aumentó en un 56% (de 47 6 hasta 74 4 años) y en un 119% para la población perteneciente a distintas razas (de 33 hasta 70 años) (Matarazzo 1994) Esta situación se debe observar con detenimiento ya que la historia indica la exclusión de los/as negros/as y la lucha de sus derechos en distintas etapas de la historia

De este modo la población vive ahora hasta edades muy avanzadas y las causas de su muerte son bien distintas a las que se daban en épocas anteriores Es decir mientras los avances en los terrenos de la química la fisiología la

biología etc han producido la eliminación de enfermedades como la poliomielitis en la actualidad el aumento del cáncer las enfermedades coronarias el abuso de drogas y alcohol o los accidentes de tráfico se han convertido en el principal azote de la población (Matarazzo ibid 1994) En este tema fijémonos en los cambios que está teniendo la familia y los estilos de vida el dinero vs ganancia para la compra de estatus valores actualizados según las culturas incrementados por los avances científicos y la actualidad tecnológica imaginariamente el tiempo al que denomino otro determinante de la salud es para todos primordial

Por otra parte los avances de la medicina han conllevado una serie de repercusiones en la práctica médica Con anterioridad al desarrollo de fármacos eficaces la figura del médico y anteriormente la del curandero ejercía en muchos casos atendiendo a la importancia de la psicología como parte integral de sus prácticas con el enfermo Así como expresa Matarazzo en ausencia de fármacos la empatía la compasión y la transmisión de sentimientos de esperanza hacia los/as personas enfermas constituían con pocas

excepciones la única terapia que los cuidadores de la salud pudieron ofrecer durante cientos de años a los enfermos

Sin embargo los avances farmacológicos y quirúrgicos en los siglos XIX y XX permitieron que se olvidaran estos importantes aspectos de la relación médico-paciente y que ésta junto con los aspectos psicológicos de la enfermedad se desatendiera enormemente. Todavía mayor fue la pérdida de esta perspectiva cuando a principios del siglo XX se inició lo que se denomina medicina especializada que provocó que los estudiantes de medicina fueran instruidos en el tratamiento de enfermedades concernientes a determinados sistemas u órganos corporales con poca o ninguna integración de dichos conocimientos que facilitase la observación del paciente completo

En otras palabras esta especialización de acuerdo a Matarazzo junto con la posibilidad de mejores y más completos diagnósticos y tratamientos fue acompañada de una pérdida en la utilización de aquellos elementos terapéuticos asociados con el conocimiento y la comprensión del paciente como ser humano complejo. De este modo

factores familiares económicos ocupacionales y de personalidad fueron completamente ignorados durante la mayor parte de este siglo dominado por una visión un causalista de la enfermedad a la que se dio en llamar teoría del germen infeccioso según la cual la condición necesaria y suficiente para el desarrollo de una enfermedad era la presencia de dicho agente patógeno

Sin embargo la reconsideración de esos otros factores implicados en la salud humana propiciando así la aparición pluri-determinado en el que los factores biológicos conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia (Mechanic 1982) Ello según el autor citado no se debe únicamente a la comprensión de los factores asociados al desarrollo de las principales enfermedades del mundo moderno sino también al cambio en los objetivos que la práctica médica se plantea con respecto al tratamiento de dichos trastornos

El objetivo en la mayoría de las ocasiones ya no es la curación sino que por el contrario en gran parte de los trastornos crónicos (asma hipertensión diabetes etc) lo que

se persigue es el aumento en la calidad de vida del paciente y este nuevo objetivo requiere del aporte de profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas que contemplen al paciente en su totalidad y atiendan las repercusiones que la enfermedad puede suponer para éste en diferentes contextos

Así conceptos como calidad de vida estrategias de afrontamiento de la enfermedad o adhesión terapéutica han ido cobrando cada vez más relevancia

3 2 2 El Modelo Bio psico-social de la salud

El cambio antes descrito en la concepción de la salud y la enfermedad queda recogido en la definición que la Organización Mundial de la Salud acuñó en el año 1948 para el término salud que se expresó como el estado de completo bienestar físico mental y social y no la mera ausencia de enfermedad definición que si bien puede ser criticada por su falta de operacionalidad como señala Rodríguez Marín (1995) pretendía reflejar un cambio importante en la perspectiva que debía adoptarse en las políticas sanitarias futuras

Los antiguos términos de salud y enfermedad entendidos como dicotómicos fueron dejando así de ser satisfactorios dando paso a la concepción de éstos como polos de un continuo (Antonovsky 1979 1987) a lo largo del cual se situarían las personas desde su nacimiento hasta su muerte

Como consecuencia se ha ido produciendo un cambio cualitativo en los criterios que se utilizaban para definir la salud y/o la enfermedad basados hasta no hace mucho en términos biológicos y se fue desarrollando una propuesta de salud como concepto integral formado por aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales propuesta que progresivamente ha ido dando lugar a la aparición del modelo bio-psico-social de la salud

Este modelo insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. Cualquier enfermedad desde este modelo es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas psicológicas y sociales las cuales conjuntamente

explican las variaciones que se producen en el inicio la severidad y el curso de la misma (Engel 1977)

De este modo la mera exposición al agente patógeno por ejemplo un virus o bacteria no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que éste presente y a su vez esa mayor o menor vulnerabilidad estará en relación con los hábitos de salud (dieta tabaco alcohol práctica deportiva horas de sueño etc) el ajuste psicológico (por ejemplo los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo (Rodríguez Marín 1995)

Además la consideración de todos estos factores ha ido ligada al traslado del énfasis desde la rehabilitación y el tratamiento de la enfermedad a la prevención y la promoción de la salud y la atención a factores que van más allá de lo puramente biológico (Rodríguez Marín Ibid)

En este giro de planteamientos tienen su base la posterior creación de programas dirigidos a promover cambios en los

estilos de vida a fomentar la utilización de recursos sociales al afrontamiento del estrés etc para conseguir la instauración de comportamientos más saludables y disminuir la vulnerabilidad a la enfermedad en la población

Como complemento de los factores anteriormente mencionados otros hechos que propiciaron el cambio conceptual de la salud y enfatizaron el papel que la psicología podía jugar en la prevención y el tratamiento de un gran numero de problemas de salud vinieron a sumarse al panorama de las ultimas décadas Entre éstos Botella(1996) menciona

- El incremento en los gastos de salud sin que por ello llevase asociado un aumento paralelo en los beneficios obtenidos**
- El creciente reconocimiento entre los profesionales de la medicina de la utilidad de las técnicas comportamentales**
- El apoyo institucional y las consideraciones pragmáticas respecto a más puestos de trabajo y más recursos**

Por último este enfoque ha puesto el acento en el traslado de una parte importante de la responsabilidad sobre la salud hasta los propios ciudadanos invitando así a cada individuo a ejercer un rol activo en los deberes derechos y mantenimiento de su salud y en la prevención de la enfermedad enfatizando la importancia de los hábitos de salud o de riesgo llevados a cabo

En este contexto el comportamiento ha emergido como área de intersección de los aspectos biológicos psicológicos y sociales que conforman al ser humano y en consecuencia ha comenzado a aceptarse que es a través de este comportamiento que tienen reflejo cualquiera de las acciones preventivas o de tratamiento de un trastorno

De hecho en el comportamiento se expresan el reconocimiento de síntomas la búsqueda de ayuda el uso de servicios con un equipo de salud el cumplimiento de las prescripciones médicas las conductas de rehabilitación y de afrontamiento de una enfermedad Por todo ello la psicología y las ciencias sociales en general se engloban como

herramientas imprescindibles para tratar los problemas relacionados con la salud

De esta ultima afirmación que hacemos los/as Trabajadores/as Sociales somos actores claves por las fortalezas metodológicas y conceptuales dentro del marco de las ciencias sociales que incluye nuestra formación

3.3 Conceptos/ejes claves para la atención de la salud del adulto/a mayor

En el presente apartado se tratan conceptos/ejes que segun los organismos internacionales de la salud deben orientar las políticas y programas de atención de la salud del adulto/a mayor. En relación a la investigación el tratamiento del tema surge de una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con la atención del adulto/a mayor estando presente de forma consistente los conceptos de bienestar, promoción de la salud, calidad de vida y participación social como factores indispensables en el diseño de programas de salud dirigidos a la población de adultos/as mayores. Su tratamiento se hizo entonces indispensable dentro del marco teórico de esta investigación por su pertinencia y actualidad.

3 3 1 Envejecimiento con bienestar

La forma de interpretar el envejecimiento puede darse segun la bibliografía consultada desde vanadas perspectivas pero donde predominan básicamente dos el enfoque del ciclo vital y el enfoque déficit o decrepitud

El enfoque del ciclo vital (Dulce y Ruiz y Unbe 2002) plantea que la vejez constituye una de las etapas de dicho ciclo enfatizando dichos autores en la calidad del proceso de envejecimiento para lograr el bienestar

Desde el enfoque propugnado por estos autores entender el envejecimiento como una etapa más del ciclo vital permite un acercamiento a este periodo como algo natural como un proceso digno de ser vivido de la manera en que se ha propuesto cada persona desde la experiencia de su propia realidad

Esta forma de interpretar el envejecimiento descarta comprenderlo como un proceso de mero deterioro y rechaza comprender la situación de vejez mediante un modelo de

déficit y decrepitud concibiendo al adulto/a mayor como receptor de asistencia (Marín y Cols 2001)

Desde este enfoque entonces la vejez no constituye una etapa de deterioro sino más bien una etapa de cambios al que la persona debe adaptarse. Por tanto el nivel de bienestar que logre va a depender de la forma en que este/a se enfrente a los cambios. Este enfoque como vemos implica que el sujeto envejeciente juega un papel activo en esta etapa de adaptación.

Quienes envejecen de acuerdo a Díaz (2001) tienen un papel muy importante en la construcción de su forma de envejecer y al asumir este proceso en una forma activa que les permita responder a lo que ocurre en su entorno social y en su propia existencia y buscando las formas de vivir esta etapa de la vida.

Otros autores que si bien comparten la visión del envejecimiento como una etapa del ciclo vital no dejan de hacer énfasis en que por los cambios en el entorno y los cambios fisiológicos (Burck 1998) los/as adultos/as mayores

no pueden escapar de convertirse en esta etapa en un grupo vulnerable

El deterioro del entorno la falta de oportunidades de acceso a ciertos servicios resultan para la persona envejeciente factores hostiles Lo que hace importante el esfuerzo que debe hacerse para que se den los cambios y modificaciones sociales globales y específicas para que dicha población experimente bienestar y por ende una buena calidad de vida

En el ámbito de la salud Dulce y Ruiz y Unbe (2002) plantean que si bien es una realidad que el cuerpo humano experimenta el desgaste ligado a la realidad de los seres vivos ésta disminución no significa necesariamente un déficit porque los organismos vivos funcionan con niveles variados de reserva y existen oportunidades y posibilidades de reducir y contrarrestar tales efectos de desgaste

Vemos entonces que la vejez debemos entenderla y abordarla como un proceso diferencial y no como un estado Como vimos se trata de cambios graduales en los que intervienen un número muy considerable de variables (sociales

económicas físicas del entorno del ambiente) con diferentes efectos que dará como resultado una serie de características diferenciales es decir con diferentes efectos en la vida de las personas envejecientes

3 4 La promoción de la salud y la calidad de vida de los/as adultos/as mayores

Partiendo del enfoque de envejecimiento visto como parte del ciclo vital este segmento del presente capítulo analiza los planteamientos que hacen algunos autores sobre la promoción de la salud y su incidencia en la calidad de vida en los adultos/as mayores

Ya vimos que el envejecimiento como etapa puede resultar en una construcción que emprenda la persona envejeciente Podríamos llamarlo un proyecto de vida que se pretende que sea autónomo donde el sujeto pueda sentirse artífice de su calidad de vida Algunas teorías humanistas consideran que los seres humanos estamos en constante transformación

Autores como Reig y Cois (1996) nos dicen que de esta forma quien envejece experimenta cambios que se van sucediendo puede ir

modificando activamente y a la vez reconstruyendo las expectativas de vida futura así como las interpretaciones de su vida pasada

Los sistemas de salud frente a esta perspectiva en las últimas décadas han reorientado las acciones preventivas tradicionales reforzándolos a partir de un nuevo concepto sobre la promoción de la salud. Gran parte de las enfermedades son ahora atendidas desde una perspectiva biopsicosocial donde el enfoque de un ser holístico pasa a ser la orientación fundamental de cualquier intento de mejora y mantención de la salud. Por ello la promoción de la salud incluye la movilización de los recursos sociales para promocionar salud, mantenerla hasta donde sea posible y enfrentar los riesgos de enfermar.

Cabe señalar que en el caso de los países de América Latina, estos según la (OMS 2005) han fortalecido los Programas de Promoción de la Salud que intentan hoy incorporar a la comunidad fortaleciendo la participación social como estrategia clave en el desarrollo del concepto: la salud una responsabilidad compartida, potenciando de esta manera el actual y futuro accionar del sector salud en conjunto con sectores como educación, vivienda, iglesias y deportes, entre otros.

esparcimiento adecuados legislaciones tardías frente a las demandas y otras que aunque existentes son ignoradas por quienes deben cumplirla son algunos ejemplos del descuido hacia las necesidades del adulto/a mayor

Frente a esta realidad entidades como la Organización de Naciones Unidas plantea la necesidad de que las sociedades que envejecen se preparen y modifiquen sus sistemas y servicios en aspectos como mejorar los accesos y hacer más amigables sus usos para las personas mayores aumentar la oferta de educación de adultos/as implementar la jubilación gradual el trabajo a tiempo parcial y los contratos intergeneracionales de modo que las personas de edad disfruten de ingresos seguros y atención de salud sostenibles (O N U)

Por su parte autores como (Serafín 2000 y Zacarés y Serra 1996) enfatizan que el esfuerzo debe ser colectivo y multisectorial donde el sector salud en conjunto con todos los intersectores deben trabajar en pro de anticiparse a este periodo de la vida promocionando la salud en las familias a lo largo del ciclo vital y por ende promocionando un envejecimiento activo satisfactorio y saludable

La vejez es por lo tanto una etapa en la cual queda mucho por hacer de lo que se desprende la asociación de estos conceptos con el de calidad de vida elemento fundamental para vivir en plenitud el continuo proceso de potencial crecimiento y de cambio en esta etapa del ciclo vital

3 4 1 Calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta/o mayor

Desde que en 1948 la OMS definiera la salud como la presencia de bienestar físico psicológico y social la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha ido adquiriendo paulatinamente gran importancia como medida de resultado en el ámbito sanitario convirtiéndose en un tema central de estudio e investigación (Miguel 2001)

El desarrollo de este concepto ha sido un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud al haberse hecho insuficiente las medidas tradicionales de morbilidad y expectativa de vida Se integra con importancia la percepción del paciente sus deseos y motivaciones en el proceso de

toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria (Shwartzman 2003)

La CVRS define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo. Esta medida no incluye solo los aspectos fisiopatológicos de una enfermedad sino también los factores psicosociales inherentes a la misma.

(Miguel 2001 Op cit) Así podemos señalar que aporta una mirada desde el individuo afectado y de cómo esta persona vivencia su enfermedad. Es así como la percepción de los individuos se transforma en un aspecto necesario de incorporar en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa 1996 citado en Shwartzman 2003).

Otro concepto clave en la cual se basa la CVRS es la Auto percepción de salud. (Purón y Couso 1999) señalan que la apreciación valorativa que establece el individuo en relación consigo mismo y con sus semejantes por su condición

humana está estrechamente relacionada con el sentimiento de salud positiva que deseamos desarrollar en nuestra sociedad. Por lo que la salud del anciano/a estará relacionada con el sentimiento de percibir que sus familiares se ocupan de él o ella, pues constituye un momento importante en el reajuste de valores que le son imprescindibles a la tercera edad.

El enfoque integral de la atención en salud, como ya mencionamos, incorpora el hecho de que en la mayoría de las enfermedades el estado de salud está profundamente influido por determinantes bio-psico-sociales, donde el nivel de ingresos económicos, el estado de ánimo, el soporte social y los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones (entre otros) son los elementos que tendrán que ser intervenidos si queremos mejorar la salud de la población.

Lo anterior hace evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de las personas serán los que más influyan a la hora de que ellos mismos evalúen su calidad de vida, que no es más que la percepción del sujeto sobre cómo la enfermedad y el tratamiento influyen sobre su

funcionamiento social Lo que nos situa en una etapa donde las personas dejan de ser espectadores de lo que sucede con su salud enfermedad tratamiento rehabilitación y muerte pasando de pacientes a actores fundamentales de estos procesos

Vemos entonces como las pugnas entre lo objetivo y subjetivo están siendo reemplazadas por la complementanidad de ambas Ya que si queremos ser coherentes con los modelos de participación y calidad de vida en adultos/as mayores la integralidad en la que hoy se hace énfasis en la mayoría de las carreras del área de la salud estos elementos no pueden estar fuera ya no solo de la discusión sino del quehacer mismo

Sobre el tema la Organización Mundial de la Salud plantea que a medida que aumentan la edad la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía o sea la capacidad percibida de controlar afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y capacidad de desempeñar las funciones

relacionadas con la vida diaria en otras palabras capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás

Sobre lo anterior encontramos además que el concepto calidad de vida se vincula en el ámbito de la salud con lo que se denomina estilo de vida. En el/la adulto/a mayor se dice que la calidad de vida no sólo es dependiente del estado biológico sino de las condiciones del medio ambiente relacional en el sentido amplio (interacción social hábitos grado de alfabetización uso del tiempo libre historia de vida etc) ya que estos propician un determinado estado de salud tanto en lo objetivo como en el registro de lo subjetivo

En este sentido no existe una única forma de vivir la vejez sino diferentes estilos de vida dependientes de la particular constitución subjetiva y de la modalidad de relación con el medio ambiente

Otra sería el concepto psicosocial relacionado con la calidad de vida es la Auto eficacia definida como la evaluación de la propia capacidad de ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación (Bandura 1977)

mientras que otros autores nos dicen que el concepto está relacionado con el grado de salud mental de la persona es decir las personas con baja autoestima tienden a mostrar sentimientos negativos sobre su capacidad o auto eficacia

Otro aspecto estudiado al respecto ha sido el aislamiento del adulto/a mayor de su vínculo familiar lo que lo lleva a retraerse y deprimirse ocasionándole sentimientos de pérdida tristeza desinterés por las actividades merma de la energía pérdida de la confianza y autoestima sentimiento injustificado de culpabilidad e ideas de muerte y suicidio (OMS)

3 4 2 Participación social y el/la adulto/a mayor

Investigaciones realizadas por la OMS (1995) y la CEPAL demuestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen un estado de salud superior a los que están aislados y que una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongar la vida

Cuando hablamos de participación social nos referimos de acuerdo a Reyes (2003) a la participación social significativa es decir el proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta la cual es percibida por la persona como beneficiosa

Las llamadas redes sociales de apoyo están relacionadas con el mantenimiento de un buen estado de salud y en la prevención y atenuación de situaciones críticas. Por el contrario la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre la persona y ha sido relacionado con enfermedades físicas y altos porcentajes de consultas psiquiátricas y psicológicas (Negn 1995 Riley 1987)

En el estudio realizado por Albarracín y Cols (1997) destacan la importancia de las redes de apoyo en Gerontología siendo evidente en ambos la relación entre red social de apoyo y sentimiento de bienestar mientras que la carencia de solidaridad estaría en la base de muchos de los trastornos y males de nuestra cultura. También consideraron parámetros subjetivos es decir no sólo que la persona reciba apoyo

social sino que lo perciba como tal para la salud física y mental

Ysem de Arce (1999) en su ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre La tercera edad en el tercer milenio un desafío para todos afirma que modelos de la sociedad actual contribuyen a crear en el anciano un sentimiento de frustración pero que hay motivos como para tejer esperanzas de cambio positivo

Otras investigaciones muestran mediante datos empíricos la importancia de la educación permanente en tanto actividad psicosocial para una mejor calidad de vida Las conclusiones de uno de los estudios indicados en la revisión muestran que los ancianos que no desarrollan actividad alguna se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos (Monchetti y Krzemien 2002)

En consecuencia entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez Por lo que el apoyo que se genera a partir de la participación social se

podría definir como el apoyar a otro es preocuparse porque no falle es darle valor y confianza es asistirlo para que enfrente mejor su situación (Barros y Herrera 2003) Estas autoras también lo identifican como un factor asociado al bienestar psicosocial y desde esta perspectiva lo incorporamos como una dimensión integrada a la calidad de vida siendo esta última un resultado de un conjunto de dimensiones interrelacionadas que interactúan dinámicamente en el tiempo

Este apoyo se expresaría en intercambiar experiencias proveer información y consejos brindar ocasión de expresar emociones y recibir comprensión afecto consuelo y aliento Sí también el asistir con cuidados bienes y servicios que pudieran requerirse para salir adelante (Barros Herrera 2003) es presentado por estas autoras como un recurso que fortalece la capacidad del adulto/a para hacer frente en forma más efectiva a demandas de la vida diaria al establecerse lazos de solidaridad y responsabilidad mutuas que permite a los integrantes tener la seguridad que pueden contar unos/as con otros/as en caso de necesidad Eso hace sentirse

respaldados confiados y seguros de sobrellevar sus dificultades y limitaciones

Percibir que se es alguien significativo para otros afianza la autoestima da sentido a la vida y compensa las carencias El afianzamiento de la autoestima ayuda a sobrellevar el dolor y pérdidas al dar oportunidad de expresar emociones y descargar ansiedad y de recibir consuelo y aliento (Barros Herrera Ibid 2003)

De acuerdo a la OPS más que el numero de contactos sociales es importante la calidad de los mismos En este sentido el fortalecimiento de los lazos sociales familiares las visitas y participación en actividades socio- comunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad (OPS 2005) Estas redes sociales apoyan al adulto/a mayor satisfaciendo aquellas necesidades que no son cubiertas por el sistema formal

Esto también se ve reflejado en la definición que la Organización Mundial de la Salud hace con respecto al estado de salud de las personas mayores no en términos de

déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Cobra gran importancia entonces disponer de servicios sociales y de salud destinados a promover un envejecimiento sano, prevenir la ocurrencia de problemas que pudieran afectar la capacidad de los individuos para desempeñarse por sí solos y crear programas destinados a ayudarlos cuando sea necesario.

Otro aspecto a tomar en cuenta está relacionado con la necesidad de evitar la marginación de los/as adultos/as mayores producida con mucha frecuencia a partir de indicaciones que consciente o inconscientemente se centran en las características propias de este grupo etario malinterpretando su condición de grupo frágil dentro de la sociedad. Por ello y con el fin de asegurar que las políticas incorporen una visión integral de los/as adultos/as mayores es importante que los objetivos y orientaciones garanticen la participación de las personas mayores en el seno de la sociedad considerando que su aporte será de características diferentes con sus propias particularidades.

CAPITULO CUARTO

LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4 Presentación y análisis de la investigación de campo

El capítulo IV contiene la presentación y análisis de los resultados de la investigación de campo etapa esta de verificación que exige la investigación descriptiva

Los hallazgos se presentan dentro del marco de la cobertura de la investigación ya expuesta en el capítulo I teniendo como escenario los 11 Centros de Salud donde fueron contactadas las 115 unidades de adultos/as mayores que constituyeron la población del estudio

El capítulo se organiza en 3 apartados

- Perfil socioeconómico de la población estudiada y su familia**
- Perfil de la población como miembro/a del programa y calificación que hace del mismo**
- Valoración y opiniones que tiene la población sobre el impacto de su pertenencia al grupo de la tercera edad dentro de su funcionamiento social y el de su familia**

4 1 Perfil socioeconómico de la población estudiada y su familia

En el presente apartado se analizan los resultados referentes al perfil socioeconómico de la población y su familia datos básicos para conocer sobre las potencialidades y limitaciones que enfrentan para desenvolverse en la vida cotidiana y para el logro de una óptima calidad de vida

4 1 1 Edad de la población estudiada

A nivel mundial la edad de 65 años es la cifra aceptada para considerarse como parte de la población denominada como adulto mayor En Panamá las mujeres son consideradas como parte de la tercera edad a partir de los 55 años y a los 60 años las personas del sexo masculino

En relación a la población estudiada el Cuadro No 1 muestra el 17% de la población tenía menos de 65 años el 45% entre 60 y 69 años y el 38% 70 años y más

CUADRO No 1
Edad de la Población Estudiada
SEPTIEMBRE 2011

EDAD	N°	%
TOTAL	115	100%
50-54	9	8 0
55-59	10	9 0
60-64	25	22 0
65-69	27	23 0
70 y más	44	38 0

Fuente Encuesta aplicada por autora

Los datos anteriores permiten conocer de una población que en el 62% de los casos por razón de su edad (menos de 70 años) parece tener un buen potencial para participar activamente en el logro de un funcionamiento pleno con calidad. Así también el porcentaje de personas (38%) de más de 70 años pertenecientes a los grupos de tercera edad entrevistados nos deja ver una buena parte del grupo con capacidad y el interés para seguir activas para el logro de su desarrollo personal y social.

Aquí es importante anotar que la organización grupal es una de las formas en que la metodología de Trabajo Social que puede lograr eficiencia, eficacia y efectividad a favor de un sistema de salud que debe estar preparado para la avalancha de trabajo con los /as adultos/as mayores. Estos/as aparecen como variables que

requieren de un tratamiento adecuado para afianzar un espacio propio entre los diferentes grupos etarios de población en la sociedad contemporánea. Cuando se organizan grupos como estos en espacios relativos a la salud es para contribuir a la prevención del declinar psico-sociológico el cual contribuirá también con la investigación científica sobre la vejez.

4.1.2 Escolaridad de la población estudiada

La educación es el fundamento para que las personas evolucionen; desarrollamos habilidades mediante el uso de las capacidades de cada ser humano/a. La educación toca, mueve y saca lo mejor de cada persona.

Si bien la mayoría de la población estudiada (83%) estaría fuera del mercado laboral por razón de la edad en la actualidad, es importante analizar su escolaridad ya que la misma nos habla de sus posibilidades laborales pasadas.

Teniendo como marco que el número de años promedio de estudios de la población urbana de Panamá según la Contraloría General de la República este era de 8 años hace 3 quinquenios, el

33% de la población estudiada había alcanzado 6 o menos años de estudio. Es decir, se mantenía por debajo del nivel antes señalado.

Si a este segmento que apenas había cursado los 6 años del nivel primario o menos, sumamos el 11% del segmento de secundaria incompleta, tenemos un 44% de la población que, además de estar rezagados dentro del marco del sistema educativo a lo largo de su vida, deben haber enfrentado la exclusión del mercado laboral.

Un significativo 45% del grupo había cubierto los 6 años de escuela secundaria y una cifra del 11% había alcanzado a llegar a la universidad, lo que pudo significar mejores oportunidades laborales y de ingreso, tomando en cuenta que el mercado de trabajo tres décadas atrás no exigía el nivel de especialización de hoy día.

CUADRO No 2
Escolaridad de la población estudiada
Septiembre 2011

ESCOLARIDAD	N°	%
Total	115	100%
Ningun Grado	7	6.0
Primaria Completa	8	7.0
Primaria Incompleta	23	20.0
Secundaria Completa	52	45.0
Secundaria Incompleta	13	11.0
Universidad Completa	8	7.0
Universidad Incompleta	4	4.0

Fuente: Encuesta aplicada por autora

4 1 3 Ingreso mensual y fuente de ingreso de la población encuestada

El Cuadro No 3 establece la relación entre la cantidad mensual de ingreso de la población y su fuente Debido a que algunas de las miembros del grupo entrevistadas tenían más de una fuente de ingresos se obtuvieron 136 respuestas Fuente de apoyo por los ingresos tan bajos que perciben los cuales no cubren sus necesidades básicas y tienen relación con el resultado de escolaridad baja vs acceso a empleos de bajos salanos

CUADRO No 3
Ingreso mensual y fuente de ingreso
de la Población Estudiada
SEPTIEMBRE 2011

INGRESO MENSUAL(B/)	TOTAL		FUENTE DE INGRESO					
	Nº	%	ENF	JUB	VDEG	PROPIA	APOYO FAMILIAR	OTRO
TOTAL	138	100	6	62	9	15	32	12
Menos de 100	28	48 0	—	—	4	—	18	6
101-200	54	25 0	—	21	5	11	12	5
201-300	9	1 0	—	8	—	1	—	
300- 400	18	7 0	—	15	—	—	2	1
401-500	3	4 0	—	3	—	—	—	—
501-600	4	3 0	—	4	—	—	—	—
601-700	4	3 0	—	4	—	—	—	—
701-800	6	2 0	2	3	—	1	—	—
801-900	1	1 0	—	—	—	1	—	—
901-1000	4	3 0	2	2	—	—	—	—
1001-1100	5	3 0	2	2	—	1	—	—

Fuente: Encuesta aplicada por autora

Nota: Cuadro de respuestas múltiples

En cuanto al ingreso el 74% de los sujetos tenían ingresos de B/300 o menos. Dentro de este segmento aquellas que tenían ingresos de B/100 o menos mensuales carecían en su mayoría de pensiones. Dentro del segmento con B/100 a B/300 predominaba como fuente la pensión de jubilación, habiendo incluso casos de algunas que desarrollaban trabajos por cuenta propia.

Además de la no seguridad del ingreso por razón de su fuente, es necesario destacar la insuficiencia del mismo para satisfacer las necesidades básicas de la población estudiada de la misma

forma que su apoyo económico es para el pago de otras necesidades en un periodo donde se necesita tomar medicamentos para ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles) En esta etapa de edad es cuando se es más vulnerable para sostener una mejor calidad de vida

El 26% de las respuestas restantes reflejan ingresos de B/301 a B/1 100 mensuales teniendo como fuente principal la pensión de jubilación y con menor frecuencia las pensiones de viudez y el trabajo por cuenta propia

Ahora bien la insuficiencia o no del ingreso de la población estudiada es posible verla con mayor claridad en los datos que muestra el Cuadro No 4 sobre el ingreso familiar mensual y el número de miembros con quienes vive la población de estudio

4.1.4 Ingreso familiar mensual y número de miembros de la familia de la población estudiada

El ingreso familiar supone la suma de los aportes económicos de los miembros del grupo para cubrir las necesidades del mismo. Dependiendo del tamaño del grupo y sus características de edad

las necesidades económicas variaran y las demandas de ingreso serán mayores o menores

CUADRO No 4
Ingreso familiar y número de miembros de la familia
de la población estudiada
SEPTIEMBRE 2011

INGRESO FAMILIAR	TOTAL		NÚMERO DE MIEMBROS					
	Nº	%	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	más de 10
TOTAL	115	100	60	43	8	2		2
Menos de 100	28	24 0	25	2	1			
101-200	16	14 0	6	8		2		
201-300	17	15 0	10	5	1			1
301-400	9	8 0	5	3			1	
401-500	5	4 0	4	1				
501-600	9	8 0		7	2			
601-700	3	3 0		2				1
701-800	6	5 0	4	1	1			
801-900	6	5 0		5	1			
901-1,000	3	3 0	1	2				
Más de 1 000	13	11 0	3	6	2	2	-	

Fuente: Encuesta aplicada por autora

El Cuadro No 4 nos muestra una alta proporción de grupos de familiares pequeños en si la mayoría (60) de 1 a 2 miembros seguida esta cifra por 43 de las familias con 3 a 4 miembros. La mayoría de estos 2 segmentos o sea el 53% del total tienen ingresos familiares B/300 00 o menos mensuales lo que hace evidente que los mismos tienen dificultades para cubrir la canasta básica de alimentos. Deducimos también que tendrán dificultades

para cubrir los gastos básicos de vivienda luz agua etc situación que nos lleva a colegir que estos están en la línea más cercana a la pobreza extrema y que las privaciones que mide el índice de pobreza (IPH) serán mayores

Estas familias seguirán manteniendo el círculo de pobreza y el ingreso de estas familias sufrirá una reducción de su poder adquisitivo cada vez más debido al aumento del costo de la canasta básica de alimentos y de otros artículos de primera necesidad

En el caso de las 47 familias restantes 23 de estas tenían ingresos entre B/300 00 a B/600 00 mensuales cubriendo a grupos familiares que en su mayoría tenían 3 a 4 miembros Otro grupo de 24 familias sobrepasaba el ingreso de B/600 00 hasta B/1 000 00 mensuales para atender las necesidades de grupos también conformados por 3 a 4 miembros y en 4 de los casos de 5 a 6 miembros Sólo 13 de las familias sobrepasaban los B/1 000 00 de ingreso mensual teniendo la ventaja de cubrir las necesidades de familias pequeñas en su mayoría de 3 a 4 miembros

Si bien este grupo de 47 familias tenían por razón de su ingreso mayores posibilidades económicas para cubrir sus necesidades básicas tampoco sus posibilidades son amplias tomando en cuenta un costo de la vida en constante aumento y el costo específico de la canasta básica de alimentos que supera los B/300 mensuales de aquí que tendríamos que excluir de tal condición de holgura a las 23 familias cuyos ingresos están entre los B/300 00 a B/600 00 mensuales

Pertinente a los datos que refleja el cuadro no 4 y por observaciones de las encuestadas conocimos sobre desigualdades en el aporte al ingreso total de las familia aunque no estén reflejados en el cuadro Por lo que es recomendable como les orientamos para que la familia defina reglas internas para el manejo del dinero Entre las personas que aportan con sus ingresos deberán decidir cuánto aportará cada quién y cómo será distribuido En algunos casos la segmentación se hace por tipo de gastos por ejemplo alguien paga la renta y otra persona la educación de los menores En otros casos cada integrante aporta cierta cantidad fija y se forma un fondo familiar del cual se cubren todos los gastos Sin importar cuál sea la situación recordemos

que la aportación debe ser proporcional a los ingresos de cada persona claro con limitantes como se explicó anteriormente

4 1 5 Personas con las que vive la población encuestada

En el Cuadro N 5 se observa que el 83% de la población encuestada vive con familiares cónyuges hijos/as situación que indica los lazos de solidaridad que todavía existen en familias latinas

CUADRO N 5
Personas con quien vivía el sujeto
Septiembre 2011

Personas con quienes vivía	N°	%
Total	115	100%
Sola/o	16	14 0
Con pareja/esposo	26	23 0
Con pareja, esposo/a e hijos/as	43	37 0
Con hijos/as	16	14 0
Con otros familiares	10	9 0
Con amistades	4	3 0

Fuente Encuesta aplicada por autora

De acuerdo a nuestra experiencia en estas familias se tiene todavía la disponibilidad de convivir con sus mayores a diferencia de las familias de origen anglosajón En las latinas los lazos solidarios se dan por multiples razones entre los cuales están los

pocos recursos económicos existentes para suplir alimentación y otras necesidades los cuales se ejemplifican en análisis anteriores la inaccesibilidad de los más jóvenes a una vivienda propia la sobre protección que se da a los/as hijos/as por las transformaciones que ha tenido el sistema social las dificultades que se tiene con el transporte y que resta a las familias tiempo de compartir ya que las viviendas están alejadas de sus áreas laborales

De igual manera la convivencia de los hijos/as con los padres en las familia latinas se dan también por las dificultades que tienen las parejas jóvenes para encontrar quien cuide de sus hijos/as

La familia nuclear que observamos en un porcentaje de 69% está en la etapa del nido vacío situación que justifica la socialización de la persona en otros grupos que no son los de la familia de base En muchos/as de estos grupos se desarrolla una segunda familia donde se da el afecto y la satisfacción de necesidades sexuales sociales emocionales y económicas como bien detalla Quintero en su obra

Tenemos un porcentaje mínimo un 3% que vive con amistades lo cual es evidente manifestación que las/os humanos necesitamos compartir que la familia es necesaria nuestros/as ancianos/as necesitan compartir para no enfermar emocionalmente lo que nos lleva a colegir que para los/as ancianos/as esos amigos/as se convierten en casi familia proporcionándoles la relación gregaria que el ser humano tiende a desarrollar en su vida cotidiana

Es importante anotar que el 14% de la población vive sola enfrentando la vulnerabilidad que se desprende de esta situación

4.1.6 Miembros/as de la familia de la población estudiada, según sexo y edad

El Cuadro No 6 nos muestra la composición del grupo familiar en cuanto al sexo y la edad del mismo. Tenemos en total 207 miembros-as donde predomina el grupo mayor de 15 años con una representación del 86% del total. Dentro de este segmento hay una leve predominancia de las mujeres (90 mujeres frente a 87 varones).

CUADRO N° 6
Miembros (as) de la familia de la
Población estudiada, según edad y sexo
Septiembre 2011

EDAD	TOTAL		SEXO	
	Número	%	Femenino	Masculino
TOTAL	207	100	107	100
Mayores de 15 años	177	86 0	90	87
Menores de 15 años	30	14 0	17	13

Fuente Encuesta aplicada por autora

Los/as menores de 15 años representan el 14% del total de la población familiar con prevalencia leve de las mujeres del grupo. Este segmento es dependiente todavía por su edad de los cuidados familiares así como de los servicios públicos.

4.17 ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN DE LOS/AS MIEMBROS/AS DE LA FAMILIA MAYORES DE 15 AÑOS

El Cuadro No 7 nos muestra la escolaridad y la ocupación y la ocupación de los miembros del grupo familiar de la población estudiada. Relacionando ambas variables bajo el supuesto que el nivel de escolaridad alcanzado condiciona en gran medida el tipo de ocupación a ser desempeñado.

CUADRO N 7
Escolaridad y ocupación de los miembros
de la familia mayores de 15 años
Septiembre 2011

ESCOLARIDAD	TOTAL		OCUPACIÓN								
	No	%	Servicios profesionales	Administrativos	Técnicos	Profesionales	Vendedores	Amas de casa	Estudiantes	Jubilados/pensionados	Desempleado
TOTAL	177	100	4	23	12	8	30	32	29	38	1
Primaria completa	50	28 0	0	0	0	0	9	13	0	28	
Primaria incompleta	65	37 0	0	14	0	0	16	14	21	0	
Secundaria completa	24	13 0	0	1	11	0	1	1	3	6	1
Secundaria incompleta	25	14 0	0	8	0	0	4	4	5	4	
Universidad completa	5	3 0				5			0		
Universidad incompleta	8	5 0	4		1	3			0		

Fuente Encuesta aplicada por autora

En cuanto a la escolaridad el 79% del grupo no había terminado el nivel de secundaria y dentro de este segmento o sea la mayoría el 65% tenía 6 años de estudio o menos que frente al promedio de años de estudio (9 5 años) de la población urbana es menor

Dentro de este mismo grupo predominaba como ocupación los vendedores por cuenta propia amas de casa estudiantes y jubilados Evidenciando entre los vendedores por cuenta propia el

desempeño de trabajos precarios en su permanencia y nivel de ingreso

Los 25 sujetos que completaron el nivel de secundaria se desempeñaban en su mayoría en ocupaciones técnicas (11) y otro segmento (6) se encontraba ya jubilado. El resto o seguía estudiando, era ama de casa o estaba desempleado.

Mientras que los 13 que habían alcanzado el nivel de universidad en forma completa o incompleta se desempeñaban sin mucha diferencia por el nivel alcanzado en ocupaciones profesionales técnicas y servicios personales.

Retomando a la ocupación del grupo, la mayoría de la población se desempeña dentro de actividades denominadas de cuello azul, las que demandan menos competencias y/o especialización y como veremos dentro de condiciones desventajosas en términos cuantitativos y cualitativos.

Las personas pobres presentan comportamientos que refuerzan, mantienen y reproducen la pobreza, son producto del sistema.

educativo imitador/a de la misma Estas tendencias culturales son transmitidas de generación en generación

La falta de acceso a la educación como ya dijimos anteriormente impide prosperar manteniendo el círculo de la miseria y acentuando el desconocimiento de sus deberes y derechos en salud Por eso es imprescindible que conozcamos a las familias en profundidad y a las personas que componen estos grupos además de los descendientes ya que si estos no tienen la oportunidad de estudiar o de continuar los estudios se enfatizará en ese proceso denominado el círculo de las privaciones

De la misma forma idealmente un mayor nivel educativo debiera mejorar la salud de las familias y de sus vástagos retardar la edad del matrimonio o de unión reducir los matrimonios infantiles y aumentar la independencia económica de las mujeres y su participación en las comunidades donde viven pero no es así

De igual manera cuando no se tiene acceso a un empleo acorde y el sistema educativo no nos llevó a la posibilidad de desarrollar un negocio ni participamos con otra persona para tener un negocio Estudiar resta a la población recursos suficientes para el pago de las necesidades siendo un factor de riesgo pues buscará fórmulas

para tener dos empleos o poner un negocio que le permitirá ser auto suficiente utilizando con esto mayor energía física y psicológica lo que probablemente le hará vulnerable a enfermedades emocionales físicas y mentales

El estudio nos revela que nuestra labor incide en forma de sinergia hacia el grupo familiar y no solamente concentra a personas para cumplir una labor Los procesos de cambio en las personas son a mediano y largo plazo por lo que nuestra labor pareciera lenta y de poco impacto en un primer momento

4 1 8 Diagnósticos de salud(ECNT) y edad de los/as miembros/as de la familia de la población encuestada

El Cuadro No 8 identifica las enfermedades de los miembros/as de la familia de 15 años y más quienes minontariamente sufren ECNT(enfermedades crónicas no transmisibles) características de este periodo La creciente numerosidad de adultos/as mayores combinado con el aumento en las tasas de obesidad diabetes y otras enfermedades crónicas va en camino de hacer colapsar nuestro sistema de atención de la salud El ctereno de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique

atención con prioridad a promocionar la salud y prevenir la enfermedad es inevitable Hemos observado durante mucho tiempo ECNT En casi todos se observa que las personas pueden tener control sobre estas pero deben conocer y con la información tomar decisiones inteligentes para promocionarlas en las/os miembros/as de la familia

CUADRO No 8
Número de miembros(as) de la familia con más de 15
años de edad con diferentes diagnóstico de salud con ECNT
Septiembre 2011

DIAGNÓSTICOS DE SALUD	TOTAL		EDAD
	N	%	Mayores de 15
TOTAL	40	100	40
Enfermedades crónicas no transmisibles	32	80 0	32
Próstata	2	5 0	2
Osteoporosis	1	2 0	1
Enfermedad mental	2	5 0	1
Reflujo	1	2 0	1
Discapacidad física motora	1	2 0	1
Artritis	1	2 0	1

Fuente Encuesta aplicada por autora

Sin rehuir que en los diagnósticos no es posible obviar la genética este grupo representa el daño a la salud En las primeras fases del continuo de vida (embarazo) las enfermedades pueden ser prevenibles o retardarlas para los/as miembros/as de la familia Es un conjunto de acciones que implican estilos de vida prácticas comunitarias micro y macro políticas públicas y otras acciones

Los/as mayores tienen la responsabilidad de compartir las formas de promocionar estilos de vida saludable prevenir las enfermedades y retardarlas cuando emergen manteniendo calidad de vida sin detener de ésta hasta donde sea posible Para los/as que la tienen significa simplemente tener controles de salud adecuados y cambios en los estilos de vida Observamos que las personas menores de quince años que viven en estas familias se les debe citar para conformar grupos con los/as miembros/as más jóvenes en particular los varones ya que las estadísticas epidemiológicas indican que su esperanza de vida es menor en estos sin descuidar por esto a las mujeres Todos/as deben ser orientados/as para que el periodo en que estas aparezcan sea tardío

¿Por qué hacer esto? cuando surgen es super costosa para estas/os y para el sistema publico en el privado es mucho más Es por esto que las ideas que vinculan la salud-enfermedad humana con lo social y cultural debe ser vista desde la perspectiva de Promoción de la salud lo que disminuirá los costes de la enfermedad En salud el tercer nivel tiene un costo altísimo los elementos tecnológicos son sofisticados y como dije con un alto

precio para el Estado Lo económico político educacional y psicológico los medicamentos de bajo costo la promoción de la salud y la sanidad en armonía con el ambiente podrían ejercer un control efectivo y disminuir estos males con apoyo en los determinantes de la salud

Aceptar que los conceptos establecidos son lo correcto porque siempre se ha hecho de esa forma es no desarrollar nuevos paradigmas de promoción y prevención los que al final quedan en segundo plano para este sistema de salud Sospechamos lo que siempre sale de las tantas razones que hay lo económico otra es el desconocimiento y tergiversación por parte de algunos/as profesionales de lo que es Promoción de la Salud miedos a desprenderse de un liderazgo que debe ser compartido con otras instituciones que manejan los determinantes de la salud es renovar lo que denominamos liderazgo compartido Pero sobre todo el papel de nosotros/as los/as científicos/as del área social debemos asumir responsabilidades sobre diversidad de temas como lo son lo económico dirección organizacional funcional organización y desarrollo comunitario participación social y participación comunitaria trabajo en equipo y representación de estos en los estamentos de responsabilidad de la institución pero

de manera dinámica con participación y responsabilidad asesorar a los/as gerentes/as y romper el paradigma de lo pato céntrico sin miedo a ser excluido/a de un equipo de salud donde lo social no ha tenido beligerancia

Entendemos que esto responde en su mayoría a intereses económico de un grupo No es potestad de los/as Trabajadores/as Sociales tener conocimiento unico y real de Promoción El conocimiento de la Salud social lo da los años de servicio y un cumulo de teorías que permiten ver con un límpido cristal lo que debemos hacer en bien de poblaciones excluidas y vulnerables Los/as Trabajadores/as Sociales si estamos en mayor disposición de desarrollar lo social es la base de nuestra carrera ¿Qué tenemos que hacer los/as Trabajadores/as Sociales para sobrevivir en un sistema donde la enfermedad es centro de atención? simplemente empezar sin miedo asumir liderazgo exponerse a ser tido de loco/a dentro de un sistema de salud donde lo biológico con respecto a la atención general es costosa y que no puede seguir sosteniéndose con los pocos recursos existentes y las enfermedades aumentando Asumir estos retos es entender el valor prioritario salvar vidas desde la familia humanizarse desde la misma enfrentar retos políticos sin ser

partidista político lo que siempre ha sido motivo de exclusión
Atreverse a promocionar salud no es dejar de producir
medicamentos reactivos y equipos para prevenir estas Esto ha
funcionado y es una realidad paradigmática que no debemos
obviar No es que dejemos de un lado atender enfermos/as es
aceptar evitarlo hasta donde sea posible

La reducción de las enfermedades infecciosas así como de las
tasas de mortalidad infantil y de los menores de 5 años se han
traducido en una mayor longevidad sin embargo debemos tener en
cuenta las necesidades de salud de las personas de la tercera
edad son más costosas y también difieren considerablemente de la
población más joven

Las estrategias para influir en la situación de salud de la población
para que sean efectivas deben abordar una amplia gama de
factores determinantes de la salud en forma integral e
interdependiente (integralidad interdisciplinada)

El sector salud no puede actuar solo porque la mayoría de los
factores determinantes de la salud están fuera de su competencia
(intersectorialidad) Los sectores social económico laboral

**educación agricultura vivienda servicios sociales deportes
recreación cultura organización y participación de las poblaciones
además de otros que son de gran importancia para políticas
publicas saludables El desafío para los sistemas de salud y para
los/as facultados/as de establecer las políticas sanitarias será el de
garantizar que aquellos que se conserven por más de 60 años
puedan celebrarlo/a no solo por su longevidad sino por el hecho de
encontrarse en buena salud y activos/as**

4.1.9 Ocupación y salario de los miembros/as de las familias mayores de 15 años

**En el Cuadro No. 9 observamos 29 miembros/as de las familias
con edades mayores de 15 años que tienen como ocupación ser
estudiantes estos/as están en proceso educativo y si prosiguen es
posible que salgan del círculo de la pobreza de la ignorancia
enfermedad apatía corrupción y dependencia Estos
condicionantes que nombramos te llevan a reproducir la pobreza
como ya dijimos antes La educación y la mejora de esta es para
encontrar una mejor ocupación además de incentivar desarrollar y
mantener pequeños negocios es un determinante que rompe este
círculo**

CUADRO No 9
Ocupación y salario de los miembros/as
De las familias mayores de 15 años
Septiembre 2011

Salario	Total		Ocupación								
	No	%	Servicios Profesionales	Administrativos	Técnicos	Profesionales	Vendedores	Amas de casa	Estudiantes	Jubilados/Pensionados	Desempleado
Total	177	100	4	23	12	8	30	32	29	38	1
Sin ingreso	57	32 0						27	29		1
Menos de 100	7	4 0				1	1	2		3	
101 200	19	11 0					13	3		3	
201 300	27	15 0		6	8	1				12	
301 400	41	23 0		12	3	2	12			12	
401 500	5	3 0		3		1	1				
501 600	10	6 0	1	1		1	3			4	
601 700	2	1 0	1		1						
701 800	5	3 0				2				3	
801 900											
901 1000	4	2 0	2	1						1	

Fuente Encuesta aplicada por autora Cuadro de respuestas múltiples

De igual manera observamos al rubro amas de casa 32 de ellas no reciben ingresos Se situa a la mujer como administradora del hogar sin recibir un salario situación que confirma la inequidad al género femenino Esa inequidad hacia la mujer en diferentes aspectos de la

dinámica familiar afecta al sistema social siendo un reflejo de cómo incide la asignación inequitativa de los recursos de la misma forma que la sociedad lo hace a la población para el cumplimiento de sus tareas básicas en lo económico (la producción) en lo social la propagación o repetición del sistema y en lo político (la creación) De allí que hay un gran porcentaje de población pobre que no recibe y no es participe de su propio desarrollo

Otro punto importante es un buen plan de manejo financiero constituyéndose en la base de saber administrar los ingresos que se tienen para eso es necesario educar a la población sobre lo qué nos hace ser consumista la importancia del ahorro y dejar los gastos superfluos lo cual nos llevará a tener otras opciones

Al desarrollar habilidades para la vida en familia esto nos permitirá demostrar la capacidad de conseguir un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas a corto mediano y largo plazo Es parte del aprendizaje integral de los/as que componen la familia También es importante tener habilidades psicológicas como la asertividad la autoestima y el manejo de la inteligencia emocional para que en las finanzas puedan ser manejadas en un ingreso real con base en gastos fijos y necesarios

Es interesante evaluar la escala de valores que tiene la familia y cada miembro que la compone entender sus propios valores y la repetición de los comportamientos de pobreza aprendidos en ella

4 1 10 Tiempo de pertenencia al grupo por parte de la población encuestada

En el Cuadro No 10 la gran cantidad de ancianos/as que pertenecen a estos grupos 34% están en una fase de socialización madura grupal e influencia a todos/as las personas que pertenecen a él De acuerdo a Marzi hay necesidades humanas que los individuos satisfacen unicamente reuniéndose en grupo por tanto en Trabajo Social conocer en la práctica la realidad teórica de esta metodología nos permite evidenciar cómo influye el comportamiento grupal al individual y por ende cómo este aprendizaje en un grupo hace efecto indirectamente a las familiasde todos/as influenciando la personalidad de sus participantes Por medio de la educación se están concientizando conociendo interactuando y actualizando nuevos paradigmas científicos en salud En la etapa en que está el grupo hay

actuaciones que desarrollan motivaciones de todo tipo Sumado a esto los procesos grupales en trabajo Social tienen las características de tener otras aristas para el aprendizaje funcionan para desarrollar ejes transversales como habilidades para la vida conocer deberes y derechos promoción y prevención en salud para las familias de estos/as Al estar asociado a los grupos se cumple una de las políticas de salud para producir mucha más salud que alguien que está en sus casas o en el punto final con una enfermedad como la que mencionamos en ECNT La OMS y OPS enfatiza que estos núcleos organizados de mayores establecen un pieza, informal pero indispensable de la red social de asistencia gerontológica

La dinámica de interrelación entre la asistencia tradicional hospital general, unidades de geriatría, policlínicas, centros de salud, la rica experiencia de los hogares diurnos, así como la de las instituciones de internación de larga estadía, se complementa con las organizaciones de mayores en la comunidad

CUADRO No 10
Tiempo de pertenencia al grupo por parte de
la población encuestada
Septiembre 2011

TIEMPO DE PERTENENCIA	Número	%
TOTAL	115	100
MENOS DE UN AÑO	19	16 0
1 5	41	36 0
6-10	28	24 0
11 15	11	10 0
más de 15 años	16	14 0

Fuente Encuesta aplicada por autora

De cierto es que los/as profesionales que atendemos a estos grupos usamos estrategias promocionales con la persona que llega al sistema sin embargo otros/as que no son Trabajadores/as Sociales que se hacen cargo de conformar los grupos no tienen claridad en el objetivo de los mismos Teóricamente la conformación de estos alimentan la misma con la práctica

Una de las estrategias es la idea de que tendrán accesibilidad rápida para atender las enfermedades Estos deducen en el tiempo lo que realmente se desea y es el objetivo de los/as mismas/os dar mantenimiento a la calidad de vida atraer a otros/as personas para controles de salud prevenir enfermedades para sus seres queridos conocer el origen de las mismas y finalmente tomar la decisión de acercarse a las instalaciones más cercanas para controles de salud físico aprender sobre los determinantes Todo

esto desarrollado por medios educativos informales Entender que la educación bancaria debe ser estructurada en una educación popular para que se incida indirectamente en las familias que están en las comunidades con las que trabajamos

La cantidad de años que tienen las agrupaciones que se encuentran en los Centros de salud y Policentros implica que se hace real lo que John Durston (citado por Rosas) habla de Capital Social Comunitario es una extensión del concepto original y ciertamente convoca a otros elementos Si hablamos de capital y de capital social dice Durston la identidad es un capital social Un grupo o comunidad sin identidad no es prácticamente nada ya que la identidad es un componente psicosocial fundamental de la existencia de estos/as al igual como un brazo o una mano son herramientas fundamentales en el cuerpo de las personas concluyendo que la identidad es un órgano vital de los grupos y por ende de la comunidad donde se encuentran es un Capital Social de nuevos referentes producto del paso del tiempo

Otro capital humano son los trabajadores de la salud los/as que ejercen la responsabilidad de ocuparse de los grupos los/as profesionales –técnicos en salud que llevan los grupos en estudio

somos los que debemos tener claro que la espiral de la salud será ampliada con la extensión grupal comunitaria

El accionar de la organización interna debe promover organizaciones comunitarias ampliándose hacia los barrios calles y espacios donde viva la gente Entre más se tiene cercanía con las poblaciones socializando y atendiéndolas como expliqué anteriormente fomentaremos la visión promocional enfatizando en los determinantes de la salud con los cuales se puede evitar la enfermedad

4 1 11 Frecuencia con que se reúne el grupo y forma en que se decidió dicha frecuencia

En el Cuadro No 11 en la observación los grupos han demostrado que uno de los valores con que cuenta es la colaboración y la democracia la democracia se confirma en la manera como fue escogida la frecuencia para reunirse y en la manera que fue escogida la reunión Coincide con la obtención del máximo de las posibilidades sociales espirituales físicas y culturales La agrupación nos permite como sistema de influencia el uso de valores positivos como un vehículo eficaz para los cambios deseados Se tendría que observar con mayor tiempo la dinámica

grupal y cómo se dan las transacciones entre los/as miembros/as del mismo

CUADRO N 11
Frecuencia con que se reúne el grupo y forma
en que se decidió dicha frecuencia
SEPTIEMBRE 2011

Frecuencia	TOTAL		Forma en que se decidió la frecuencia de reunión			
	Nº	%	Por votación	Decidido por los(as) especialistas	No sabe	Otro
TOTAL	115	100	108	4	35	22
Semanal	68	57 0	21		24	21
Quincenal	37	32 0	27	2	6	1
Mensual	9	8 0	6	2	1	
Otro	4	3 0			4	

Fuente Encuesta aplicada por autora

Como nos señala LEWIN los pequeños grupos son posibles instrumentos de cambio personal y social y por tanto como posibles medios de solución para los problemas candentes en la sociedad indirectamente proveen a las familias de estas el proceso social que aprenden en ellos

Infiero en que la frecuencia con que se reúnen da pie a una maduración más rápida la mayoría lo hace semanalmente 57% sin embargo esto depende de que tan hábil sean sus miembros/as para poder conectarse y lograrlo Recordemos que dentro de las unidades muestrales hay personas de diferentes centros de salud y

si lo analizamos por género hay más mujeres que hombres
Diríamos también que depende de las transacciones que se dan en
la dinámica grupal las alianzas las coaliciones y las
personalidades de cada miembro/a que pertenece a cada grupo en
las diferentes instalaciones donde se encuentren

4 1 12 Forma en que la población encuestada calificaba su asistencia a las reuniones del grupo

Segun el Cuadro No 12 muestra que en su mayoría 76% la
calificaba como buena lo que nos permite deducir que los y las
participantes han ido comprendiendo el proceso de grupo al
resolver problemas que les van aconteciendo y lo complejo de
tomar decisiones de manera colectiva No es nada fácil la
comunicación dialógica para llegar a consenso Para los/as
personas que conforman estos grupos los diálogos deberían ser
prioridad sin embargo los criterios de las personas para entender
un mismo tema se entienden desde diferentes perspectivas y
vivencias con los que la percepción de la realidad sobre un mismo
aspecto vana El diálogo los/as lleva a niveles superiores de
confianza de desafíos colectivos de construcción de nuevos
conceptos de compartir ideas entre otros mejorando el proceso
socializador de las personas obteniendo las interrelaciones entre

cada miembro y miembra del grupo De igual forma el grupo
posibilita entrenarse en habilidades sociales

CUADRO N 12
Forma en que la población encuestada calificaba su
asistencia a las reuniones del grupo
Septiembre 2011

FORMAS DE CALIFICACIÓN Y RAZONES	NÚMERO	PORCENTAJE
TOTAL	115	100
BUENA	87	76 0
LE GUSTA/ SE DISTRAEN		
SE SIENTEN EN FAMILIA		
RATOS AGRADABLES		
REGULAR	21	18 0
A VECES NO SE PUEDE ASISTIR		
NO SALEN		
BAJA	7	6 0
NO HAY ESPACIOS FISICOS		
ADECUADOS		

Fuente Encuesta aplicada por autora

De igual manera observamos la respuesta de un 6% de los/as
mismos/as quienes podemos explicar que son personas que han
llegado recientemente a estos grupos Se debe tomar en cuenta su
opinión ya que detallan la razón de su asistencia espacios físicos
muy pequeños Ciertamente estos espacios son y serán muy
pequeños pronto La población de tercera edad se acrecentará y
los espacios serán muy pequeños para la gran cantidad de
personas que querrán estar en estos grupos

4.1.13 Forma en que la población estudiada se transportaba a las reuniones de grupo y quien lo/a acompaña

De acuerdo al resultado del Cuadro No 13 un 41% se transportaba caminando suponemos que una de la gran cantidad de ventajas de la Región Metropolitana es que las instalaciones de salud están cercanas a las personas que viven en esas comunidades Otra es que gran número de estas personas llegan temprano a las actividades de los grupos porque estas son de tipo manualidades en las que cosen hacen arreglos florales y otras diversas también desarrollan actividades de tipo económica para obtener ingresos para pagar sus paseos o disminuir el costo de las mismas De igual manera la recolecta de estos ingresos son para participar en el evento que se da todos los años en la tercera semana de noviembre de cada año

Cuadro N 13
Forma en que la población estudiada se transportaba
a las reuniones de grupo y quien lo/a acompaña
Septiembre 2011

FORMAS EN LAS QUE SE TRANSPORTABA	TOTAL		QUIEN LO(A) ACOMPAÑA		
	Nº	%	LLEGA SOLO(A)	CON FAMILIAR	OTRO/A
Total	115	100	86	18	4
Caminando	44	41 0	66	6	1
Bus	35	32 0	12	6	1
Taxi	17	16 0	6	6	1
Propio	11	10 0	1		
Otros (silla de ruedas)	1	1 0	1		1

Fuente Encuesta aplicada por autora

Un 32% del grupo responde que llegan en bus transporte acorde con los ingresos de estas personas a quienes probablemente le queda un poco más alejado del lugar donde se hace la reunión

4 1 14 Forma en que la población estudiada calificaba el espacio físico de las reuniones

Dentro del grupo estudiado independientemente de ellos/as como grupo en muchas ocasiones se han expuesto la incomodidad de los lugares donde están A través del Cuadro No 14 muestra que el 65% los calificó como inadecuado vs 17% que respondieron que eran adecuadas

CUADRO No 14
Forma en que la población estudiada calificaba
el espacio físico de las reuniones
Septiembre 2011

FORMA DE CALIFICACIÓN	N°	%
TOTAL	115	100
Adecuado	17	15 0
Medianamente adecuado	23	20 0
Inadecuado	75	65 0

Fuente Encuesta aplicada por autora

Algunos de estos espacios son poco acogedores y en ocasiones directivos desconocedores de la realidad y los objetivos del por qué se desarrolla esta organización son responsables de no darles la importancia merecida y la realidad segun resultados que exponemos en esta investigación los limitan

Por ejemplo hace años hubo una trabajadora social de la Región Metro que llevo al grupo a tener legalidad lo que les permitiría solicitar recursos para sus actividades Estos/as obtuvieron un terreno dentro de la comunidad y un político se los apropio Podemos dar innumerables ejemplos del trabajo realizado por Trabajadoras Sociales con estos grupos los cuales han tenido sostenibilidad en el tiempo Uno de ellos lo tenemos en la Región de Veraguas Aun permanece la Casa de la Tercera Edad la misma se mantiene y tiene sostenibilidad en el tiempo los

recursos que la sostiene son suministrados por ellos/as por medio del alquiler que se cobra por su uso

4 1 15 Valoración del grupo sobre las orientaciones y conocimientos que brindan los especialistas frente a las necesidades del mismo

Las respuestas del grupo valora o juzga las orientaciones y conocimientos que hace el grupo al equipo por separado si es significativo o no para ellos/as y también cómo valora esa orientación si es importante para estos o no

El derecho a la información ha sido expresamente consagrado en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos tanto en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH artículo 13) como en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 19) y en la Declaración Universal de Derechos Humanos En Panamá la ley 68 detalla sobre el consentimiento informado y obliga a los/as profesionales a informar sobre el tratamiento o los procesos que se dan para su persona por los/as profesionales de salud

La igualdad y la no discriminación constituyen dos de los elementos fundamentales del derecho internacional de los derechos humanos

y resultan especialmente relevantes para el diseño implementación y análisis de las políticas de superación de la pobreza

Como categoría con mayor concentración y de respuesta valorativa de las orientaciones y acceso a la información que proporcionan los profesionales al grupo el Cuadro No 15 muestra que prevaleció medicina general y trabajo social como los/as profesionales que respondían a las necesidades de la población condición que guarda relación con la situación de atención frente a sus necesidades como grupo

CUADRO No 15
Valoración del grupo sobre las orientaciones y conocimientos que
brindan los especialistas frente a las necesidades del mismo
Septiembre 2011

Servicios	TOTAL		Valoración sobre servicios que brindan los/as especialistas frente a necesidades					
	Nº	%	Excelente	Buena	Regular	No contesta	no lo usa	no aplica
Totales	513	100	56	189	248	28	2	
Medicina general	115	22	25	50	40			
Trabajo social	107	20	12	45	50			
Enfermería	21	4		3	3	15		
Laboratono	9	2		6	3			
Farmacia	9	2		5	4			
Ginecología	9	2	1	2	3	3		
Odontología	9	2		2	7			
Ultrasonido	9	2	1	2	6			
Vacunación	9	2	1	4	4			
Nutrición	108	21	8	25	75	8		
Psicología	108	21	8	45	51	2	2	
Fisioterapia								

Fuente Encuesta aplicada por autora

4.1.16 Valoración que la población estudiada le da los servicios utilizados en el centro de salud y Poli-centros

En el Cuadro No 16 los porcentajes de respuestas en adecuada indican que la valoración de la mayoría de los/as participantes del estudio están de acuerdo en la forma en que los servicios son ajustado a sus necesidades y la toma de decisión para las veces que se usa adjudicándola en primer lugar a lo biológico. En un análisis profundo sobre el uso de servicios que brinda el centro y Poli-centros donde se atienden los/as personas conformados/as en cada grupo de las instituciones de la Región Metropolitana, el o la profesional que los/as atiende debe tomar en cuenta la historia de la salud panameña. El inicio de la misma nos muestra que la atención se centró en la enfermedad, prueba de ello es el Decreto Ejecutivo N° 46 de 1919 donde se destinan los fondos para la construcción del Hospital Santo Tomás, el cual fue inaugurado en septiembre de 1924. Otro ejemplo de lo que digo es la ley 12 de 1925 con la cual se crea el Departamento de Higiene y Salubridad Pública. Por medio de la Ley N° 53 de 1928 se crea el Comité Nacional de la Lucha Antituberculosa y posteriormente el Cuerpo de Inspectores Sanitarios, situación que nos lleva a entender que había que tratar la enfermedad en primera instancia para después investigar su origen.

CUADRO No 16

**Valoración que la población estudiada le da a los
servicios utilizados en los centros de salud y Poli-centros
Septiembre 2011**

Servicios	Valoración de los servicios utilizados						
	N	%	Adecuada	Medianamente adecuada	Insuficiente	No contestó	No aplica
TOTAL	919	100	763	160	50	57	3
Medicina general	115	12 0	70	25	15	5	
T social	115	12 0	100	15			
Enfermería	115	12 0	70	30	14	1	
Laboratono	115	12 0	80	20	5	10	
Farmacia	115	12 0	75	10	5	25	
Ginecología	107	12 0	75	25	6	1	
Odontología	115	12 0	80	20	4	11	
Ultrasonido	5	1 0	3	1		1	
Vacunación	115	12 0	110	5			
Nutrición	103	11 0	95	6		1	1
Psicología	5	1 0	2	1		1	1
Fisioterapia	9	1 0	3	2	1	1	1

Fuente Encuesta aplicada por autora Cuadro de respuestas multiples

Los cambios de conductas con metodologías educativas donde se repite un patrón demuestran que esa misma repetitividad lleva a reforzar conductas seguirán atendiendo la enfermedad porque así lo hicieron los ancestros y así replican lo aprendido

Nos toca a los/as profesionales conjuntamente con ellos/as analizar el uso racional de los servicios un proceso delicado ya que la

planificación educativa para ellos/as como tal tiene que ser acorde a la educación formal a la que llegaron transformarla en una educación popular andragógica y liberadora como detalla Paulo Freire no es nada fácil ya que la atención a los grupos se vuelve monótona debido a las exigencias de un sistema que le da prioridad a lo cuantitativo limitando la calidad de lo que es llevar a los grupos a nuevos saberes deshaciéndonos de los antiguos de forma que se construya con la gente desde su propia práctica nuevos saberes basada en realidades científicas actuales

Para que sea efectiva y científica el uso de la metodología de Trabajo Social aplicada a grupo se debe tener elementos como la modalidad de investigación sistematizadora que proporcione análisis anuales de los procesos grupales lo que permitirá observar los cambios en ellos/as Debe ser en función de no aplicar y repetir una educación bancaria que promueve un sistema social excluyente no analítico y repetitivo El/la profesional que los/as atiende debe tener elemento de juicios para un cambio en la mirada que se da al sistema de salud

La economía de la salud indica que los servicios deben ser usados racionalmente el costo de atención de cualquiera de estos

servicios se debe medir tomar en cuenta el uso óptimo de los recursos para la atención a la enfermedad y con esto medir costo vs calidad de vida así como evaluar los resultados de impacto cuando se desarrolla la promoción de la salud a las familias y por ende a la comunidad Su tarea consiste en estimar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización en específico los servicios básicos que tienen los centros de la RMS en AP(atención primaria) A esta población de tercera edad se les ha sugiendo que sus familias deben disponer de estos antes de enfermar ¿Para qué necesitamos la respuesta? Para mejorar monitorear el trabajo que se hace es la forma en que una organización grupal se hace crítica de su propio sistema lo hace para perfeccionar En una institución como la nuestra se debe analizar el objetivo de los grupos conformados que se deduzcan cuáles son las fuerzas condicionantes de la conducta de las personas dentro del grupo que fortalezcan las relaciones entre sus miembros/as y el entorno social que se hagan cargo de las consecuencias que el grupo tiene en el desarrollo personal que se discernan cuáles son las mejores condiciones para que un grupo madure que refuercen los conceptos del uso y mezcla de distintos liderazgos con un concepto de negociación y adecuación de la autoridad en las

interrelaciones entre cada miembro y miembro del grupo para que introyecten las consecuencias que el grupo tiene en los espacios sociales donde se desenvuelve y se cuestione por qué debe haber cambios en las dinámicas familiares y finalmente en la comunidad donde residen. Con esto se desarrollen liderazgos comunitarios necesarios para el manejo de los conocimientos aprendidos y aprehendidos en los grupos. Estos nos ayudan también para el aumento de eficacia de las organizaciones, una mejora en la socialización de las personas, un aumento del sentido cooperativo y participativo, además de la mejora en la capacidad comunicativa a todos los niveles.

4.1.17 Valoración de los miembros/as del grupo sobre las actividades que se desarrollan frente a sus necesidades

En el Cuadro No. 17 muestra la necesidad es la carencia de algo en esta ocasión sobre las actividades que se desarrollan frente a las necesidades del denominado grupo de adultos/as mayores. La respuesta del grupo como tal es que el primer lugar de interés es la recolección de recursos económicos con 95 personas respondiendo que estas se ajustan totalmente, el otro extremo son 20 personas percibiendo que estas se ajustan medianamente o no se ajustan. De igual manera 88 personas establecen en segundo

lugar que los paseos se ajustan totalmente y 27 refieren que se ajustan medianamente y no se ajustan 75 personas responden en el tercer lugar que la relación con otros grupos se ajustan totalmente De manera particular vemos a estos grupos cómo responden en primera instancia su valoración es por las actividades de recolección de recursos lo que suple la segunda respuesta ya que con eso sufragan sus paseos para no aportar del dinero personal

CUADRO No 17
Valoración de los miembros del grupo sobre las actividades
que se desarrollan frente a sus necesidades
Septiembre 2011

Actividades	Total		Valoración frente a sus necesidades		
	N°	%	Se ajustan totalmente	Se ajustan medianamente	No se ajustan
Total	575	100	331	82	162
Paseos	115	20 0	88	14	13
Recolección de recursos económicos	115	20 0	95	10	10
Terapias de ocio	115	20 0	56	11	48
Ejercicios físicos	115	20 0	17	34	64
Actividades con otros grupos	115	20 0	75	13	27

Fuente Encuesta aplicada por autora Cuadro de respuestas múltiples

Quiero acotar que estos grupos son necesarios como ya dije anteriormente debido a la visión que debe tener el profesional de salud para promocionar la misma Mi aporte a este estudio es

enfocaría desde la simple medición que hacen a gran escala los que miden la pobreza. Para los mismos se hace necesario que se tomen en cuenta las necesidades básicas con las que deben subsistir los grupos. Con respecto a determinar quién es pobre y quien no se tienen unos parámetros por eso detallaré lo indispensable para que un grupo subsista un local es necesario. Para desarrollar las reuniones eso les haría sentir que tienen un hogar fuera de su casa las necesidades que suple el estar en grupo y que la familia no lo hace. Los recursos económicos y su importancia deja entrever que son para suplir necesidades que tal vez no obtuvieron cuando eran más jóvenes como es lo que expusieron en sus respuestas los paseos y visitas a lugares que no han acudido antes esto al final aporta a la economía del país el turismo interno y desarrollan también el externo.

La relación con otros grupos de su misma etnia es compartir intereses comunes tal es así que cada año se hace un festival denominado Reina de Reina. En muchas ocasiones en el trabajo que desempeñé como Trabajadora Social de base me preguntaba cómo integrar otras generaciones a sus actividades. Tuve esa oportunidad en el Centro de Salud del Chorrillo en el año 1997. La

planificación se dio y los aportes económicos fueron por parte de la comunidad

Esta actividad se desarrolló para coronar a la reina del grupo de tercera edad en su momento y nos unimos al grupo de tercera edad de la iglesia mercedana. Otros grupos de edad se unieron a esta celebración como lo eran los/as jóvenes pertenecientes al grupo juvenil de la iglesia quienes bailaron para ellos/as también participó la banda de tambores de la escuela secundaria que allí existía en esta comunidad donde adolescentes tocaron de manera intensa para los mayores se agregaron a esta fiesta mujeres organizadas de la comunidad así como representantes de grupos políticos que jamás se habían sentado juntos. Sin conocer en la teoría a que nos llevaría esta práctica la actividad nos llevó a niveles de manejo comunitario. Esta tenía un objetivo común venerar a los viejos pero también sirvió en su momento como estrategia de mediación para una rivalidad otrora antigua las pandillas que allí se asientan.

Hoy un poco más conocedora del desarrollo comunitario entiendo una vez más que las estrategias sencillas y el método de trabajo social grupal bien llevado establece compensaciones a

comunidades pobres que están insatisfechas por la falta de participación social y de recursos para suplir sus necesidades. Este simple hecho satisfizo otras necesidades que el dinero no puede. Es construir nueva teoría vs práctica cuando se tiene claro los objetivos de trabajo y se enseña la importancia de sistematizar experiencias que permiten aprendizajes por medio de estrategias diferentes. Se perdió información valiosa evidenciada con fotos. Desconocía en ese entonces que la productividad por las tareas podía ser sistematizada como experiencia para las nuevas profesionales que llegan al sistema de salud. Sistematizar las experiencias de trabajo es una manera de mejorar la práctica.

4.1.18 Calificación que hacen los(as) miembros(as) del grupo sobre las actividades que realizan para beneficiar a la comunidad

Cada una de las comunidades donde los Centros de Salud de la Región Metropolitana se encuentran tienen en común la parte Regional de Salud. Estructuras hechas antes, durante y después de que el decreto 1 de 1989 instituyó a Salud como el organismo rector de la misma. Los niveles operativos están más cercanos a las comunidades.

En el cuadro N 18 los resultados de la investigación arrojan que el 54% califica que las actividades que se hacen se ajustan totalmente. Entre las actividades que se hacen están las vacunaciones masivas donde muchas veces el grupo funciona como vocero/a en sus barrios para que la población asista a la misma de igual forma sería como estos grupos se insertan en el área de los/as políticos para solicitar apoyo a las actividades que llevan a cabo otra sería integrar a amas de casa jóvenes para que aprendan de los cursos que se dan en su actividad de ocio y vendan los productos lo cual les permite apoyar económicamente al hogar

CUADRON 18
Valoración que hacen los(as) miembros(as) del grupo sobre
las actividades que realizan para beneficiar a la comunidad
Septiembre 2011

Calificación de actividades para beneficiar a la comunidad	N°	%
Total	115	100
Se ajustan totalmente	59	54 0
Se ajustan medianamente	13	12 0
No se ajustan	8	8 0
No sabe	28	26 0

Fuente: Encuesta aplicada por autora

Observo que existe un porcentaje de 26% que dice no saber si se ajustan o no. Este grupo es de personas que están integrándose a

estos grupos por eso no pueden percatarse de la situación general que viven ellos/as en el aspecto de integrarse a sus barrios

Hago un paréntesis con respecto a esta parte de atención y uso de las instalaciones de salud de cada comunidad Hay muchas razones por las que entender el por qué a la población se le dificulta acceder y comprender la importancia de no sobrecargar el tercer nivel de atención Lo demuestra el Decreto Ejecutivo N° 46 de 1919 donde se destinan los fondos para la construcción del Hospital Santo Tomás la visión era que la enfermedad se atendía ya que podías salvar vidas Enfermedad vs salud recordemos que las enfermedades infecciosas eran el azote de esa época la gran cantidad de muertes es ejemplo de lo que expliqué anteriormente La creación del Departamento de Higiene y Salubndad Publica y más tarde con el Decreto Ejecutivo N° 16 de 1927 el cual crea dentro de dicho Departamento la Sección de Ingeniería Sanitana cambia de una la visión pato- céntrica a la preventiva Por eso se crean grupos como el Comité Nacional de la Lucha Antituberculosa y posteriormente el Cuerpo de Inspectores Sanitarios

La creación de instalaciones de salud más cercanas a las comunidades es una estrategia de visión de atención a la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad menos compleja se

denominó en su tiempo SILOS(Sistemas Locales de Salud) El sistema de salud ha ido renovando su atención por el surgimiento de enfermedades que indican la vanedad de situaciones complejas que deben ser atendidas en las mismas para desalojar los hospitales y trabajar lo que denominamos APR(atención primaria renovada) La tecnología está por tanto es usada a favor de los humanos/as las instalaciones denominadas MINSA-CAPSI son parte de ese cambio dentro del sistema de salud

4 1 19 Valoración que hacían los(as) miembros(as) del grupo sobre las relaciones de este con otras generaciones

Considero que esto representa una debilidad para el reconocimiento y aprendizaje que los grupos de adultos/as mayores puedan tener con otras generaciones Realmente son pocos los grupos que dan apertura a la relación con otras generaciones Anteriormente expuse que en mi aprendizaje profesional unir intergeneracionalmente una comunidad es una estrategia que captaría con claridad la esencia de un proceso de aprendizaje mutuo de los mismos En menor escala un barrio interactuando tendrá familias grupos comunidades sanas y por ende un país sano Esto si se tiene claro desde el trabajo a desarrollar con la intergeneracionalidad

A través del Cuadro No 19 el estudio revela que hay una bipolaridad cuando un 52 % de estos declaran que su percepción es no saber si se ajustan a diferencia de un 40% que dice que si se ajustan. Lo que me indica es que algunos grupos trabajan la intergeneracionalidad y otros ni siquiera lo toman en cuenta. La pregunta entonces nos lleva a una reflexión ¿Qué importancia les están dando los/as profesionales a esta parte del proceso? ¿Creen que no es importante? ¿Qué se logra cuando se dinamiza la relación intergeneracional?

CUADRO No 19
Valoración que hacían los(as) miembros(as) del grupo
sobre las relaciones de este con otras generaciones
Septiembre 2011

Valoración	N°	%
Total	115	100
Se ajustan totalmente	43	40 0
Se ajustan medianamente	5	4 0
No se ajustan	4	4 0
No sabe	56	52 0

Fuente: Encuesta aplicada por autora

Antes de éste análisis expliqué que el desconocimiento me llevó a un trabajo intergeneracional que tuvo frutos cuando ejercí en el Centro de Salud del Chorrillo

Mi desconocimiento de lo que sucedía a lo interno de esta comunidad me permitió ejercer un rol de mediadora ante una comunidad dividida por política partidista una forma de violencia social que implicaba rivalidad entre los jóvenes que siendo de una misma comunidad estaba dividida en pandillas. El hecho es que por medio de una investigación que involucró los antecedentes históricos de esta comunidad me percaté el origen social de la división de este territorio. Me permito colegir que la relación y socialización de la intergeneracionalidad tiene connotaciones mucho más profundas definir elementos de las familias panameñas que interfieren en las relaciones adecuadas de los/as que conviven y cómo esto obstaculiza una relación armónica desde el barrio y por ende la división de la familia panameña.

4.1.20 Institución donde la población recibía con más frecuencia atenciones a su salud

En el cuadro N° 20 el 61% recibía su atención en los centros de salud porcentaje alto centrado en una realidad de pertenencia a los grupos de la Región Metro 25% incluyendo el 2% que detalla que lo hace en Chepo por las especialidades las cuales no existen en estos centros por la complejidad de las mismas y que además

se entiende como parte de un sistema integrado El 12% se atiende en la CSS Estas personas se encuentran en estos grupos y las instituciones se encuentran cercanas a la comunidad

CUADRO No 20
Institución donde la población recibía con más
frecuencia atenciones a su salud
Septiembre 2011

INSTITUCIÓN DONDE LA POBLACIÓN RECIBIA CON FRECUENCIA ATENCIONES DE SALUD	N°	%
Total	115	100
Centro de salud	70	61 0
Caja de Seguro Social	29	25 0
Clínica u hospital particular	14	12 0
Chapo porque hay especialidades	2	2 0
No sabe		

Fuente Encuesta aplicada por autora

Con respecto al 27 % que se atiende en la CSS(Caja de Seguro Social) debe aclararse que su visión y su plan de trabajo fue de tipo curativo y destinados a proteger a la población trabajadora la cual era asegurada en la misma

Hasta el momento entendemos que la METRO no tiene integración con la caja como la tiene otras instituciones del interior en la red de servicios del MINSA Por tanto la CSS tiene en este momento que reforzar la atención primaria La adecuación estratégica de ellos es el Médico de cabecera Visión de un liderazgo centrado en la

enfermedad ideal debe ser la integralidad el trabajo en equipo y la integración de la población a conocer y empoderarse de sus deberes y derechos en salud

4.1.21 Percepción de la población encuestada sobre sus conocimientos básicos en salud para servir como agente multiplicador de estilos de vida saludable

En el Cuadro No 21 la mayoría un 68 % de los/as que pertenecen a los grupos se consideran preparados/as para ser agentes multiplicadores de lo que han asimilado en los grupos donde están y por los conocimientos que los especialistas han transmitido a los/as mismos/as. Un 22% consideran que no están preparados/as según su percepción y un 10% no sabe

CUADRO No 21
Percepción de la población encuestada sobre sus conocimientos
básicos en salud para servir como agente multiplicador
de estilos de vida saludable
Septiembre 2011

Percepción sobre sus conocimientos básicos en salud	N°	%
Total	115	100
Si	78	68 0
No	25	22 0
No sabe	12	10 0

Fuente: Encuesta aplicada por autora

Como profesionales de la salud las interrogantes que nos hacemos es que puede haber relación entre la educación informal que han recibido de parte de los profesionales y la formal que recibieron en su juventud El 32% de los/as mismas tienen inseguridad y piensan que no están capacitados

En este proceso hay que enfatizar en una educación como lo defino Paulo Freire Educación liberadora Reforzar la capacidad de ser agentes de cambio representantes voluntarios de salud

4.1.22 Opinión de la población sobre la utilidad de lo aprendido en el grupo para orientar a los familiares

Se hace evidente una de nuestras hipótesis sobre la importancia de que estos grupos son agentes multiplicadores de los procesos de salud donde el costo/beneficio para el sector es de gran importancia pues hay de parte y parte beneficios y aunque los costos no son en dinero si son valiosos en valores Uno es el aprendizaje que estos tienen primero para ellos/as y después para apoyar a las familias con las que conviven además del círculo de vecinos que se encuentran en la comunidad de donde vienen Para

las personas pertenecientes a los grupos esta tendencia estratégica impulsa en nuestro país las organizaciones de adultos/as mayores como firmes aliados para la cimentación y fortalecimiento de estructuras que articulen el sistema democratizador de la salud

En el Cuadro No 22 la representación de un 5% que explica no sé no siente seguridad de ser agente multiplicador/a no es más que personas que acaban de llegar a los grupos por lo que se les reforzará la capacidad para desarrollar lo que la mayoría ha logrado hacer hasta ahora

CUADRO No 22
Opinión de la población sobre la utilidad de lo aprendido
en el grupo para orientar a los familiares
Septiembre 2011

Opinión de la población sobre utilidad de lo aprendido	N°	%
Total	115	100
Sirvo como agente multiplicador sobre diversos temas	109	95 0
Ninguna no me siento capaz soy tímida	6	5 0

Fuente Encuesta aplicada por autora

Esta sección implica una de las características importantes del proceso educativo que se ha venido dando con los años a los/as miembros/as de los grupos de tercera edad podemos comprobarla cuando un 95% responde en forma positiva lo que fue planteada en

la investigación Ésta está comprobada ya que se ha expandido no solo a los grupos familiares a los que pertenecen así también a los vecinos/as del barrio De allí la importancia de los grupos de adultos/as mayores en salud

Un porcentaje menor 5% nos ha planteado ser tímidos/as para estas labores cogimos que son aquellos que acaban de entrar a estos mismos grupos

4 1 23 Tipo de orientación ofrecida a los/as miembros/as del grupo familiar

Entre las orientaciones que ofrecen los miembros/as del grupo a sus familiares y sus vecinos más cercanos están los servicios que ofrece el mismo Los grupos no solo funcionan como beneficiarios de una mejor atención y control para ellos/as sino como propulsores de un mercadeo de los servicios de salud sin costo directo en dinero para el sistema de salud Son valores agregados imperceptibles a los/as que no manejan el conocimiento de una gerencia de costo valorado desde las conductas humanas de solidaridad aprecio a un servicio no perfecto pero si como parte de una familia externa de institucionalidad

CUADRO No 23
Tipo de orientación ofrecida a los/as
miembros/as del grupo familiar
Septiembre 2011

Tipo de orientación ofrecida a los/as miembros/as del grupo familiar	N	%
Total	116	100
Servicios que ofrecen el centro de salud a familiares y vecinos	24	21
Importancia de la familia	17	15
Respeto a los mayores	15	13
Mejor calidad de vida	22	19
Uso de los medicamentos, vacunas y cuidados	17	15
Uso del agua y prevención del dengue	9	8
Todo sobre el embarazo	5	4
Ninguna	6	5

Fuente Encuesta aplicada por autora

La relación de las personas con una institución de salud cercana a las comunidades se hace parte de ellas/os son familias extendidas que nos recuerdan las familias de nuestros campesinos donde las visitas se hacen con la bienvenida una taza de café y un saludo fraternal Si nos percatamos en los procesos de interacción con las familias de estos/as refuerzan valores promueven servicios enseñan la importancia de los cuidados antes de enfermar Por esta y muchas razones la economía de la salud debe medir el costo de la presencia grupal de esta generación en nuestras instalaciones y darle la preponderancia que tienen

- 4 1 24 **Percepción de la comunidad sobre los/as adultos/as mayores**
 4 1 24 **Percepción de la comunidad sobre los/as adultos/as mayores**

Es importante reconocer que estamos haciendo una labor sin evaluar el impacto de nuestra labor. La percepción de una visión para engrandecimiento de este segmento de población a través del Cuadro No 24. El 49% los ve con respeto y un 32% con respeto en ocasiones según la percepción de estos/as. Nuestro trabajo ha dado frutos sin embargo trabajar para que este segmento de población sea más reconocido no es fácil. Prestemos atención al 14% que según sus percepciones los ve con indiferencia. Hay que concentrarse en plantear mejores prácticas para integrar a todos/as los/as actores que pueden intervenir a favor de estos grupos para desarrollar mejores prácticas con estos/as.

CUADRO No 24
Percepción de la comunidad sobre los/as adultos/as mayores
Septiembre 2011

Percepción de la comunidad sobre los/as adultos/as mayores	N°	%
Total	115	100
Con respeto	56	49
Con respeto solo en ocasiones	37	32
Con indiferencia	16	14
No sabe	4	3
Otro	2	2

Fuente: encuesta aplicada por autora

Los procesos de socialización del panameño y panameña implican valores imagen y estilos de convivencia prueba de esto son las respuestas de percepción que dan los y las adultas mayores de cómo los/as ve la comunidad 49% o sea en su mayoría con respeto y otro 32% con respeto solo en ocasiones La intervención organizada de los y las mayores en todos los espacios posibles y en particular en los medios de comunicación permitirá resaltar la figura de mujeres y hombres ancianas como entes productivos de la misma forma como se expresan de la juventud La vitalidad de nuestros ancianos/as tiene que ser reconocida en la comunidad y los medios de comunicación son una vía para expresar la capacidad que tienen quienes han llegado a la misma

El sistema de salud propende por medio de la organización grupal a que estos/as sean percibidos/as como entes activos extendiendo sus experiencias a los/as vecinos/as así como a las familias y no como lo que muchos intentan imaginar personas feneciendo y sin energia Es imprescindible anexar la sabiduria de todas las personas mayores a nuestra labor La experiencias vividas en sus propias vidas debe ser vertida a las generaciones jóvenes Pongo como ejemplo la práctica de la actividad intergeneracional que se dio con un grupo de tercera edad de Río Abajo para el año 1997

en la escuela primaria donde se coordinó el compartir del grupo con pequeños haciendo el papel de Cuenta Cuentos los rostros de los/as niñas decían felicidad escuchando atentamente a las personas del grupo desarrollaban la actividad

4.1.25 Recomendaciones que hacía la población encuestada para mejorar su funcionamiento

Dentro del Cuadro No 25 existe un proceso de las múltiples acciones de responsabilidades que deben cumplir quienes pertenecen a estos grupos y que algunos/as por la relación con sus nietos/as y sus familias a quienes apoyan en oficios del hogar no llegan a tiempo a las reuniones realmente son los menos Hay otros/as que por diferentes razones no llegan en el horario que se propuso algunos/as acaban de llegar a estos grupos y no conocen los horarios Se debe estar atento con las inscripciones que permitan certificar el ingreso al grupo de nuevas/os miembros/as Un proceso de inducción es importante para tomar conciencia de horarios fechas y cronogramas de reuniones uso de las dinámicas en el grupo reglas elementales de respeto mutuo términos de escogencia de cada qué tiempo se escoge la directiva cada qué tiempo se hacen los controles de salud cada qué tiempo se

organiza la atención con los/as otros/as profesionales hacia el grupo la recolección de recursos cómo se da en fin todos los requisitos que implica la organización como normas elementales para pertenecer a estos grupos en el que la persona decidió involucrarse

CUADRO N° 25
Recomendaciones que hacía la población encuestada
para mejorar su funcionamiento
Septiembre 2011

Recomendaciones Para mejorar el funcionamiento del grupo	Total	
	N	%
Total	574	100
Llegar a tiempo a las reuniones	128	22
Frecuentar al grupo	133	23
Local más grande	135	23
Mejorar trato	178	31

Fuente Encuesta aplicada por autora
Cuadro de respuestas múltiples

El porcentaje mayor de respuestas para las recomendaciones que dan los/as que pertenecen a estos grupos está el de mejorar el trato con un 31% Mejor trato no es más que respuestas rápidas y oportunas sin embargo un mejor trato también conlleva deberes y derechos deberes por parte del usuario de ser ejercitado en cómo se utilizan los servicios de salud racionalmente de la misma manera en que el equipo sea respetuoso/a del servicio que se les da a los/as usuarios/as Otros puntos de vista son las acciones

CUADRO No 26
Apreciación con respecto a la relación entre
los/as participantes del grupo
Septiembre 2011

Apreciación con respecto a la relación entre los/as participantes del grupo	N	%
Total	115	100
Adecuada	96	83
Medianamente adecuada	18	16
Inadecuada		
No sabe	1	1

Fuente: Encuesta aplicada por autora

El desarrollo de estos procesos se debe ir dando con los elementos parecidos a los de las dinámicas de comunicación de los grupos sanos de las familias

4.1.27 Percepción sobre la preparación de los/as especialistas para lidiar con las necesidades del grupo

En el Cuadro No 27 los grupos participantes del estudio están conscientes del conocimiento que tiene el equipo de salud que los atiende cuando un 73% lo reafirma sin embargo a pesar del conocimiento que tenga existe un porcentaje significativo de ese equipo 15% que necesita la integración del personal que no se acerca a atenderlos como parte del equipo de salud Algunos/as

que los usuarios/as tienen y deben controlar ellos/as llegar a tiempo a las reuniones frecuentar al grupo (reunirse mas seguido?) Otras como llegar a tiempo y finalmente otra como lo es un local mas grande los cual conlleva acciones fuera de nuestro alcance

4.1.26. Apreciación con respecto a la relación entre los/as participantes del grupo

Cuando los especialistas identifican nudos criticos en la comunicación pueden desarrollar acciones que vayan mejorando la misma en bien del colectivo. A través del Cuadro No. 26 las respuestas nos dan información panorámica de las dinámicas de los grupos y observar que el 83% indica que la misma es aceptable y el 16% medianamente aceptable. Sin embargo en la observación directa en diferentes momentos de las dinámicas grupales observamos comportamientos disfuncionales había sub-grupos que no estaban prestando atención a los procesos del momento de esa forma no nos comunicamos de forma adecuada.

nos dijeron fuera del escenario de la investigación formal que pareciera que los viejos no son parte de la institución y solo llegan cuando hay fiesta o cuando obligadamente deben atenderlos

CUADRO No 27
Percepción sobre la preparación de los/as especialistas
para lidiar con las necesidades del grupo
Septiembre 2011

Percepción	N	%
Total	115	100
Si porque/as están preparados	84	73
No porque no se acercan al grupo solo algunas/os	17	15
No sabe	14	12

Fuente Encuesta aplicada por autora

Observamos que un 12% es parte de aquella población que acaba de ingresar a los grupos por lo que su respuesta va acorde a su conocimiento dinámica e integración a los mismos

Como parte de los equipos de salud la parte educativa a los/as miembros/as del grupo les asegura interpretárselos de forma sencilla para que puedan transmitirlos a sus familias Por eso es tan importante que los /as que componen los equipos sean parte de la educación no formal que se da

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE ATENCION A LOS/AS

ADULTOS/AS MAYORES PARA EL LOGRO DEL

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

5 Propuesta basada en los resultados de la investigación y otros análisis

El desarrollo de la propuesta de esta investigación es una forma de evidenciar que se ha hecho un trabajo arduo durante muchos años pero que debe ser evaluado por medio de modalidades de investigación que permita desarrollar estrategias renovables y medir el impacto de nuestra labor

5.1 Propuesta estrategias y modelo de intervención en la atención a los adultos/as mayores

El presente capítulo sustituye la modalidad del apartado de conclusiones y recomendaciones. En el mismo se utilizan los hallazgos de la investigación como base para plantear acciones estratégicas para la atención de la población de personas mayores de 60 años en el marco del programa de salud de la Tercera Edad que se desarrolla en los Centros de Salud.

Su contenido está orientado a responder a las necesidades de los/as envejecientes desde la perspectiva de los hallazgos surgidos de la investigación de campo que presentamos en el capítulo IV y del marco de las exigencias y normativas de los organismos internacionales y locales competentes.

Frente a la realidad que aquí discutimos organismos como las Naciones Unidas hacen énfasis en que las sociedades que envejecen deben prepararse y modificar sus sistemas y servicios de forma integral mientras que autores como Serfim Zacarés y Sierra mencionan que el esfuerzo debe ser colectivo y multiseccional deben trabajar en pro de anticiparse a este periodo de la vida promocionando el envejecimiento activo satisfactorio y saludable

Al mismo tiempo vimos que para la evaluación de resultados de la investigación no es suficiente considerar las estadísticas de morbilidad y expectativa de vida para hacer un juicio Se integra ahora en importancia la percepción de la persona sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria (Shwartzman 2003 op cit)

Es importante reiterar que otro concepto clave en la cual se basa la investigación es la apreciación valorativa que establece el individuo en relación consigo mismo y con sus semejantes lo que está estrechamente relacionado con la impresión de salud positiva que deseamos desarrollar en nuestra sociedad Por lo que la salud del anciano o anciana estará relacionada con el emoción de percibir que sus familiares se ocupan de él

o ella pues constituye un momento importante en el reajuste de valores que le son imprescindibles

Así tenemos que las pugnas entre lo objetivo y subjetivo están siendo reemplazadas por la complementariedad de ambas. Ya que si queremos ser coherentes con los modelos de participación y calidad de vida en adultos/as mayores la integralidad en la que hoy se hace énfasis en la mayoría de las carreras del área de la salud estos elementos no pueden estar fuera ya no solo de la discusión sino del quehacer mismo

Al respecto la Organización Mundial de la Salud plantea que a medida que aumentan la edad la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía o sea la capacidad percibida de controlar afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria en otras palabras capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás

Tenemos que la transición demográfica y el proceso de envejecimiento de Panamá y la región se han caracterizado por la rapidez con que han ocurrido los cambios demográficos situación que no ha ocurrido en otras regiones del mundo por ejemplo Europa. En este contexto hay que tener

en cuenta la falta de tiempo que aquello implica para realizar los ajustes socioeconómicos e institucionales coherentes con el escenario demográfico emergente. Esta asimetría se manifiesta al comparar el rápido proceso de transformación demográfica y el más lento y volátil desarrollo económico y social (CEPAL/CELADE 2007)

Las razones planteadas requieren que el sistema de salud de Panamá afronte el envejecimiento de la población de manera efectiva con prontitud e incorporando coordinadamente actividades de diferentes instituciones para los/as adultos/as mayores en las políticas públicas

Dentro del comunicado del Ministerio de Salud de Panamá 2012 citado anteriormente la entidad propone los siguientes lineamientos estratégicos para orientar sus programas para atender al/la adulto/a mayor panameño/a

Estrategias

Mejorar la capacidad de los sistemas de salud	<p>Instar a las autoridades a incluir el tema del envejecimiento como política de estado</p> <p>Fomentar el estudio y la investigación en geriatría en las universidades y e impulsar la especialidad en los programas de las instituciones de salud</p> <p>Capacitación del recurso humano enfatizando en los equipos multidisciplinarios del primer nivel de atención</p> <p>Promover salud durante el curso de vida</p> <p>Promover el acceso a la salud de las personas mayores en la Atención Primaria los cuidados a largo plazo y al final de la vida</p>
Sociales	<p>Mediante coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales promover la creación de ambientes amigables para las personas mayores que fomenten su salud y su participación en la sociedad (Municipios ministerio de seguridad ONG MIDES</p> <p>Pensar en las relaciones intergeneracionales (abuelos – niños/as adolescentes)</p> <p>Celebración de Día Mundial de la Salud Simposios y Congresos Multidisciplinarios de Envejecimiento</p> <p>Promover acciones para que se cumpla la Ley de Equiparamiento de oportunidades</p> <p>Promover en las generaciones jóvenes la preparación y el fomento al ahorro para el envejecimiento</p>
Técnicos	<p>Incluir el envejecimiento como eje transversal en la educación básica general y en las carreras afines a la salud y humanísticas de las universidades</p> <p>Mayores promotores de una Familia Saludable</p> <p>Instar a las autoridades para la aprobación de Ley de Adultos Mayores cónsona con las necesidades actuales</p> <p>Promover la integración intergeneracional adultos mayores – niños/as-adolescentes</p> <p>Promover la concientización sobre los derechos de los/as adultos/as mayores</p>

Del conjunto de estrategias que promueve el MINSA y que responden aunque no se menciona en el documento al Modelo de Envejecimiento Activo(MODEA) nos permitiremos concretizar aquellas que por su naturaleza y alcance le competen con énfasis al o la especialista de Trabajo Social dentro del equipo de

salud que atiende al adulto/a mayor A saber proponemos recomendar a través de acciones específicas las siguientes seis estrategias adoptadas por el MINSA en el comunicado 2012

- **La capacitación del recurso humano de Trabajo Social temas sobre adultos/as mayores enfatizando su labor en los equipos multidisciplinarios del primer nivel de atención**
- **Mediante coordinaciones intersectoriales e internstitucionales promoviendo la creación de ambientes amigables para las personas mayores que fomenten su salud y su participación en la sociedad(municipios ministeno de seguridad ONG s MIDES y otros)**
- **Pensar en las relaciones intergeneracionales (abuelos niños/as adolescentes)**
- **Celebraciones de momentos importantes sobre el envejecimiento**
- **Promover en las generaciones jóvenes la preparación y el fomento al ahorro para el envejecimiento**
- **Promover la concientización de los Derechos de los/as adultos/as mayores**

No hablamos de programas porque el MINSA que es la organización desde donde estamos ubicando nuestra propuesta tiene el Programa de Adultos Mayores con cobertura nacional donde el profesional de Trabajo Social tiene asignado roles que permiten el desarrollo de acciones cuya naturaleza son

coherentes con el modelo de envejecimiento activo o saludable que promueve la institución

Lo que planteamos obviamente sin ser exhaustiva es la concretización de acciones estratégicas y/o de impacto que orienten el accionar de el/la Trabajador/a Social de manera más enfática hacia el logro de los objetivos del modelo en referencia. Algunas de estas acciones (ver apartado 5.4) podrán darse dentro de los escenarios de los Centros de Salud del MINSA lideradas por el/la Trabajadores/ras Sociales y en otros fuera de dicho entorno pero con el sello o concepto de envejecimiento activo o saludable enfatizando un enfoque participativo inclusivo de abajo hacia arriba.

Las acciones que proponemos en el punto 5.4 de este capítulo estarían enmarcadas en un POA local que tendría como

- **Objetivo general**

Crear las condiciones óptimas con equipos locales de todas las instituciones para promover el envejecimiento activo en cada corregimiento del ámbito nacional

- **Objetivos Específicos**

- **Conformar un equipo responsable de desarrollar el POA a nivel local que extienda el mismo a todas las áreas**
- **Favorecer la difusión y comprensión integral del envejecimiento activo y sus beneficios por parte de las persona mayores y del resto de los agentes sociales**
- **Seguir garantizando las condiciones básicas y promover un entorno amigable que asegure el bienestar de todas las personas mayores y en especial de aquellos grupos más desfavorecidos- como base para una forma de envejecer activa**
- **Promover la ruptura de estereotipos negativos asociados a las personas mayores y la comprensión de la diversidad inherente a ese grupo de edad promoviendo a su vez el trabajo conjunto de todos los actores involucrados desde el nivel local**
- **Auspiciar el acceso de las personas mayores a iniciativas de formación a lo largo de la vida que les proporcionen nuevos intereses recursos y oportunidades de encuentro y realización personal**
- **Contribuir a que las personas mayores desarrollen un estilo de ocio activo que redunde en una mejor salud física y psicológica**

- **Promover la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida reforzando los cauces existentes para ello y motivando en las personas el deseo de hacerlo**

5 2 Acciones para el desarrollo de las estrategias necesarias

La intervención social en la atención primaria de salud tiene el fin de mantener al anciano/a en las mejores condiciones posibles procurándole el soporte social adecuado a cada situación. Cuando se de las acciones de descentralización de las instituciones que estén en las localidades

5 2 1 La capacitación del Recurso Humano en los equipos multidisciplinarios del primer nivel de atención

Una buena parte de la capacidad de los programas para alcanzar sus objetivos depende de nuestra experiencia de la motivación aptitud compromiso formación y expectativas de los/as profesionales en todas las áreas. La capacitación del recurso humano específicamente el de los equipos que trabajan con el/la adulto/a mayor incluiría

- ✓ **Diagnósticos y evaluaciones periódicas sobre sus necesidades de formación para trabajar como especialistas en el tema**
- ✓ **El desarrollo de sistematización y análisis crítico de las experiencias de trabajo con el/la adulto/a mayor y el intercambio de estas con pares no solo profesionales sino también con la comunidad con miras a enriquecer y mejorar la práctica**
- ✓ **La educación continúa en temas como envejecimiento activo investigación participativa formación de voluntarios evaluación de programas formación de sistemas de apoyo al adulto mayor derechos humanos como temas prioritarios**

5.2.2 Coordinaciones Intersectoriales e Interinstitucionales para promover la creación de ambientes amigables para las personas mayores que fomenten su salud y su participación

Como el MINSA está inserto en todos los ámbitos el modelo de trabajo que sugerimos es tener un conjunto de intervenciones comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de las personas en su ambiente y el apoyo a su integración

basado en la visión de sistema y participación social contando además con la modalidad de servicios comunitarios o soportes sociales destinados a ofrecer los fundamentos anteriormente descritos. Es por ello que la descentralización es importante ya que cada región o comunidad tiene sus propias características culturales étnicas predominio de género y forma de enfrentar su envejecimiento

Esto debe canalizarse a través de las instituciones insertadas en un trabajo conjunto por ejemplo la municipalidad organizaciones comunales otros. Evaluando y analizando la situación de los adultos/as mayores dentro de sus propios patrones culturales y características demográficas

Proponemos también la formulación por Corregimiento de un POA coordinado por todas las entidades desde el nivel local bajo la denominación de Plan Comunal de Envejecimiento Activo que de dirección a las prioridades evite la duplicidad de acciones promueva la participación comunal y de el/la adulto/a mayor en particular facilite la gestión de fondos y recursos la transparencia y la rendición de cuentas tomando en cuenta como ya

mencionamos las particularidades de cada población y su entorno

5 2 3 Servicios en las comunidades que puedan promover la creación de ambientes amigables para las personas mayores

Dentro de esta creación de ambientes amigables se debe incluir servicios como

- El servicio de alimentación domiciliarlo a desarrollarse por voluntarios que desde los diferentes comedores populares y/o centros comunitarios lleven el alimento al adulto/a mayor que no tiene capacidad de movilizarse**
- Unidades Móviles Gerontológicas que brindarían atención de un equipo de salud y orientación al adulto/a mayor en corregimientos y/o comunidades de poca accesibilidad**
- Puesta en acción de Academias para Adultos/as Mayores en escenarios comunales y centros educativos con el objetivo de que estos tenga acceso a información sobre asuntos que resulten importantes incluyendo los de salud y su manejo en la vida cotidiana**

- **El desarrollo de programas actividades de ocio fuera y dentro de la comunidad en diferentes espacios actividades de turismo interno en coordinación con programas privados de responsabilidad social**
- **Asistencia Jurídica mediante convenios con instituciones educativas del nivel superior para proporcionar asesoría especializada en diversos trámites jurídicos como testamentos posesión de bienes demandas a efecto de proveerles tranquilidad y certeza jurídica sobre su situación familiar social y económica**
- **Establecimiento Clubes para Personas de la Tercera Edad o Círculos sociales Para esto los Centros Comunitarios deben estar disponibles para que grupos organizados se reúnan de manera regular y programen actividades En estos se puede incorporar a los/as adultos/as a actividades de aprendizaje de uso de internet, arreglos florales huertos caseros cuenta cuentos y otras acciones**
- **Formación de grupos de voluntariado con participación de vecinos familias congregaciones coordinados por un ente con capacidad de enlace y de inserción en las actividades programadas por las unidades competentes bajo el modelo de**

acompañamiento social y que también brinde apoyo a las personas que sirven como cuidadores/as del adulto/a mayor

○ Creación de facilidades para el cuidado de el/la Adulto/a Mayor fuera del hogar

✓ Centro Diurno Para que puedan permanecer los/as adultos/as mayores que requieren cumplir un plan ambulatorio de rehabilitación o quienes quedan solos por día evitando así su institucionalización y distanciamiento familiar. Esta modalidad debe ser vigilado y atendido por instituciones como la C S S y MINSA, municipio, organizaciones de voluntarios de jóvenes o adultos/as en edad productiva o personas voluntarias mayores. Dentro del centro pueden desarrollarse actividades que promuevan la independencia del adulto/a mayor así como de prevención y fomento de estilos de vida saludable.

✓ Hogares Abiertos esta facilidad se propone como un servicio de residencia comunitario abierto y flexible para personas mayores que no pueden permanecer solos en la noche pero que son independientes en el día evitando así desconectarlos de su ambiente hogareño.

✓ Residencias protegidas transitorias se proponen como una forma de atender urgencias familiares (por enfermedad

del cuidador principal) y sociales o una forma de separación preventiva del ambiente familiar asegurando un nivel de calidad de vida digno

5.2.4 Promoción de las relaciones intergeneracionales (abuelos adolescentes niños/as)

Aun cuando en principio los programas intergeneracionales tienen por objetivo crear espacios de relación diferentes a los que se dan dentro del contexto familiar como propone el MINSA hay algunas experiencias de programas intergeneracionales que buscan crear espacios de complicidad afectiva similares a los vínculos familiares como los que aquí proponemos

Creemos que si salimos del ámbito familiar estamos promoviendo nuevas experiencias A nivel individual podemos pensar en la satisfacción personal de conocer a personas nuevas y sentirse reconocido y valorado Obviamente tenemos también el conocimiento concreto generado por la actividad en sí A nivel colectivo tenemos la superación de estereotipos respecto a las diferentes edades pero sobre todo la creación de nuevos vínculos

de proximidad especialmente a nivel de barrio y de cohesión social

Proponemos promover experiencias dentro de escenarios como la escuela los centros de orientación infantil los centros comunitarios los hogares de ancianos los hogares de niños hospitales clubes como espacios para la interacción entre los/as adultos/as mayores y grupos de diferentes edades Bajo temas o enfoques como

- o Abuelos adoptivos que pondría en relación a personas mayores con criaturas en situaciones sociales o personales difíciles con el objetivo de crear vínculos afectivos que den seguridad a los/as niños y niñas pero no serían los únicos ya que podemos incluir poblaciones sin carencias o problemas afectivos o familiares**
- o Debates entre adultos/as mayores y adolescentes en torno a temas de actualidad o históricos Estas experiencias tienen por objetivo además de reconocer a las personas mayores como portadores de la memoria colectiva romper los estereotipos de ambos colectivos**

- **Educación y Ocio Fuera del ámbito escolar pero con vocación de combinar educación y ocio podemos promover relacionadas a centros cívicos o excursionistas experiencias de aprendizaje y respeto por la naturaleza**
- **Paseos Intergeneracionales a sitios históricos donde los/as adultos/as mayores puedan fungir de guías con el aporte de anécdotas o experiencias vividas**
- **Aprendizaje de nuevas tecnologías donde los jóvenes puedan enseñar informática e internet a personas mayores y viceversa**
- **Aprendizaje de lenguas En este sentido son especialmente interesantes las experiencias que combinan aprendizaje de lenguas (alfabetización conversación en otros idiomas) con integración y acogida de personas inmigradas**

5 2 5 Celebraciones de momentos importantes sobre el envejecimiento y concientización de los Derechos Humanos de el/la Adulto/a Mayor

En este apartado unimos dos de las estrategias propuestas por el MINSA Los escenarios para el desarrollo de estas estrategias se

ubican en todos los espacios de la vida comunal con énfasis en los centros educativos y en los espacios de la vida familiar

En términos de competencias todas las instituciones del sector social están supuestas a estar involucradas en los esfuerzos de concientización de los derechos humanos del adulto/a mayor. La concientización del tema como objetivo demanda perseverancia y la continuidad en el tiempo no sólo en determinados momentos del año

Estamos proponiendo como actividades básicas

- La educación continua sobre el tema de los derechos humanos de el/la adulto/a mayor en los planes de estudio de todo el sistema educativo**
- La promoción y orientación sobre los derechos humanos de el/la adulto/a mayor a través de diferentes soportes incluyendo como actores a los/as adultos/as mayores**
- La investigación continua sobre el tema en instituciones como el MIDES y MINSA con énfasis en los aspectos de vulnerabilidad de el/la adulto/a mayor**

- **Ofrecer el servicio de intermediación frente a denuncias de los derechos humanos del/a adulto/a mayor desde las instituciones locales competentes**
- **Establecimiento de Centros de Observación de los Derechos Humanos de los/as Adultos/as Mayores en cada Corregimiento del país en coordinación con los entes competentes**
- **Celebración de eventos conmemorativos relativos al envejecimiento con la participación comunal**

0 2 6 Promover en las generaciones jóvenes la preparación y el fomento al ahorro para el envejecimiento

- **Preparación para el envejecimiento Coordinar con el MEDUCA y otras instancias competentes para que incluyan en los programas educativos de enseñanza básica media y educación en general el conocimiento sobre temas relativos al envejecimiento activo preparación para la jubilación y fomento del ahorro**
- **Desarrollo de competencias psicosociales que permitan a la persona adaptarse al proceso de envejecimiento desde etapas tempranas ya sea que laboren o no Estas acciones podrían**

**darse en diferentes instancias locales Centros de Salud
Clubes Centros Comunitarios**

Debemos tener claro para qué creamos estimulamos y trabajamos un proceso grupal Entre las principales motivaciones están

_____Fomentar la participación social de todas las personas

_____Tener en cuenta las necesidades las opiniones y los sentimientos de todas las personas

_____Crear un clima de confianza y aprecio hacia las demás

_____Participación de todas/os en la toma de decisiones

_____Afrontar los conflictos de forma positiva

Esto implicaría lograr una percepción contraria sobre el envejecimiento para alcanzar mejores niveles en la calidad de vida para todos/as los/as Adultos/as Mayores sin embargo al pertenecer a grupos germinamos y cosechamos para la acción social trabajar juntos para lograr cambios más allá de uno mismo grupos de acción y reflexión

El bienestar de este grupo es un asunto de ingente fórmula de previsión no solo se trata de darles cuidados para que vivan más años sino de agregarles calidad para que sus vidas continuen siendo reveladoras satisfactorias y dignas de vivirse se debe coordinar con instituciones que provean a los mismos/as de

necesidades que no puede suplir el sector La disposición en términos de importancia es el siguiente

- 1 Condiciones económicas y ambientales (vivienda) en que viven los/as adultos/as mayores
- 2 Relación entre el adulto mayor y su familia analizando las características de los hogares en que habitan los/as adultos/as mayores
- 3 Mantenimiento de la salud y calidad de vida con entornos de seguridad para esta edad
- 4 Condición de actividad de los/as adultos/as mayores intentado dilucidar el sentido del trabajo después de los 60 años
- 5 Seguridad social (previsión social)
- 6 Salud morbilidad y acceso a atenciones de salud

Sugerimos es tener un conjunto de intervenciones comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de las personas en su ambiente y el apoyo a su integración basado en la visión de sistema y participación social contando además con la modalidad de servicios comunitarios o soportes sociales destinados a ofrecer los fundamentos anteriormente descritos

Se debe evaluar y analizar la situación de los adultos/as mayores dentro de sus propios patrones culturales y características demográficas

Es imperativo que los/as profesionales del equipo podamos ejecutar las acciones necesarias para que se logren las reflexiones en cuanto a solidaridad y valores para la subsistencia humana es esa conformación grupal

En ese bregar el profesional de Trabajo Social debe tener acompañamiento con estos/as lo cual es ir junto a las personas al lado del grupo procurar la interdependencia de sus miembros/as esto nos conduce a ir detrás Las palabras conforman cosmovisiones ser compañeros de viaje implica una relación cercana y sólida una relación diferenciada por lo específico que tiene la función de coordinar cuya responsabilidad es saber guiar el barco estar presente y pendiente de los elementos Transitar al ritmo del proceso grupal es agruparse para un fin marcado por el grupo con unas normas flexibles y sólidas y con la cooperación y reflexión de todos/as Recorrer con todos/as sus momentos de armonía y conflicto por un camino basado en la corresponsabilidad y en la acción reflexiva hasta que sean independientes sin la figura presente de nosotras/os es decir madurar como grupo

La conformación de grupos en áreas tales como en los centros residenciales donde viven las personas ya sean niños mayores o con problemáticas también en las salas de tratamiento de enfermos crónicos o en los hospitales en la calle con adictos Nos compete a los trabajadores sociales escuchar y acoger propuestas que contribuyan a que las personas acrecienten su red social y se

apoyen recíprocamente Con la sociedad consumista hemos transformado el verbo cooperar por el verbo tener

Esto asegura que la metodología con la que se trabaja se base en la investigación-acción participante Se desea que la teoría se viva más como un apoyo y una guía y no como un mundo desconocido y alejado de la práctica Se trata de tender puentes entre el mundo investigativo y el ámbito real práctico-profesional de delinear entre todos/as un panorama nuevo y productivo para los/as profesionales y para las personas con las que trabajamos en el que el Trabajo Social con grupo tenga una representación central y necesaria en estos momentos de problemas y de riesgos Nuevos escenarios de pertenencia constructiva

La realidad profunda que entendemos como profesionales de las ciencias sociales es desarrollar un estilo de vida que apunte a fortalecer lo colectivo Como reacción los grupos conformados vuelven a ponerse en vigencia al constituirse en agrupaciones de intereses es decir grupos sociales que cohesionadamente persiguen ciertos objetivos sin estar particularmente asociados per se Según El grupo puede regalar vínculos y aceptación proporcionar ideas para abordar problemas materiales así como identidad soluciones de reciprocidad compañía aprendizaje desahogo pertenencia sano

poder reconocimiento y cariño Esa necesidad vital que tan pocas veces se legitima y se nombra ⁽²⁾

Sin embargo Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas mayores La realidad del contexto en nuestra investigación detalla que en su gran mayoría los/as adultos/as mayores viven con sus familias sin embargo la convivencia con el/la adulto/a mayor resulta con dificultades y conflictos cuando las condiciones de salud no son óptimas ya sea por problemas físicos o mentales lo que en ocasiones pueden llevar a las familias asentirse exaltadas Pero sobre todo la realidad nos lleva a entender que con escasos recursos es más difícil hacer frente a dichos problemas

La intervención social en la atención primaria de salud tiene en este programa el fin de mantener al anciano/a en las mejores condiciones posibles procurándole el soporte social adecuado a cada situación La atención socio sanitario se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine

En cualquier caso comprenderá

- Desarrollo de actividades de promoción de salud y preventivas y

² Cuadernos de Trabajo Social, Gisbert Belén Anja January 1 2012

- **Adecuación y optimización de recursos sociales**
- **Intervenciones sobre el entorno familiar y comunitario (prestando especial atención a los cuidadores/as)**

Los cuidados sanitarios de larga duración

La atención sanitaria a la convalecencia

- **La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable**

La continuación del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales pasando de la apropiada relación entre las administraciones publicas correspondientes El grupo es su inmenso potencial en su sano poder deberia tomar lo necesario para que las personas rescaten la viveza que proporciona lo colectivo la sonrisa y el gesto la ilusión y la esperanza Apegarse a la vida enraizando con otros en la ayuda mutua es hacer prevención auténtica La dimensión social nos compete a los trabajadores sociales por identidad y por ética

En la soledad el vacío y la precariedad procuremos darle justo su valor al grupo la pertenencia a este debe procurar esencia para tener un espacio constructivo partiendo de lo comun

La participación impuesta o la exigencia no nos proporciona su esencia la motivación de estar en lo afín que es el verdadero atributo a partir de la no imposición Se debe estimular la creación de deliberaciones para resolver lo relacional lo material y lo que dé sentido a la vida así como potenciar las salas abiertas para el encuentro y la creación Se debe hacer uso de un diario de campo el cual nos permitirá aprender a identificar aspectos para llegar a un análisis diagnóstico del proceso grupal Obtendremos entonces sobre qué dispositivos incidir para favorecer al grupo a caminar hacia su objetivo

Lo individual lo grupal y lo comunitario son niveles de intervención incorporados son dimensiones entrelazadas que deben nutrirse recíprocamente en un intento de acompañar a las personas

No podemos dejar por fuera el/la anciano/a frágil por eso traemos a continuación un ejemplo de guía de Actuación del Anciano Frágil

Segun la O M S son criterios de inclusión de Anciano/a Frágil o de Alto Riesgo los siguientes

- Patología crónica invalidante (física y/o psíquica)**
- Poli medicados/as (más de 5 fármacos)**
- Vivir solo/a**

- **Edad avanzada (en la actualidad la tendencia es que se seleccionen a las personas de más de 80 años)**
- **Hospitalización en los últimos tres meses**
- **Viudedad reciente (último año)**
- **Presencia de problemas sociales con incidencia para la salud**

Desde el punto de vista del TS además de los criterios anteriormente mencionados consideramos anciano/a de riesgo aquel que cumple alguno de los siguientes criterios

- **Ancianos/as recluidos en su domicilio**
- **Sospecha de malos tratos**
- **Situaciones que presenten riesgo de institucionalización del anciano/a de forma prematura o inadecuada**
- **Ancianos/as con problemas económicos**
- **Carencia de apoyo familiar y/o social**
- **Cualquier otro problema que incida en su salud**

La presencia de más de uno de los criterios mencionados será suficiente para considerar al anciano/a frágil o de alto riesgo

0 3 Resumen de los hallazgos de la investigación

En este apartado incluimos un perfil socioeconómico de la población estudiada su perfil como parte de los grupos de la Tercera Edad del MINSA las necesidades expresadas como parte del grupo y algunas valoraciones de la población acerca de sus relaciones sociales con su grupo Los hallazgos nos muestran un grupo con carencias significativas en el apartado económico y con una interacción y participación social medianamente adecuada pero con potencial para promover y/o profundizar en un estilo de vida activo de forma más sistemática

- **Perfil Socioeconómico del grupo estudiado**

- ✓ **Al respecto encontramos que el 61% de la población tenía sesenta y cinco años o más mientras que un grupo significativo compuesto por el 17% aun no había iniciado la senectud La pertenencia de este ultimo segmento a grupos de la Tercera Edad del MINSA coadyuva al enfoque preventivo que promueve la OMS**
- ✓ **Un significativo 20% de la población no había concluido los estudios del nivel primario y un 11% tampoco el nivel secundario Casi la mitad (44%) tenía menos de los 95 años promedio de estudio de la población panameña Esto dificulta la probable**

inserción laboral de los segmentos más jóvenes del grupo en caso de estar interesados en ellos

- ✓ **En cuanto al ingreso económico y sus fuentes el 73% del grupo tenía ingresos de B/300 o menos mensuales cuya fuente principal era la pensión por jubilación y el apoyo familiar es decir un ingreso promedio menor que el nacional**
- ✓ **La situación económica familiar no es mejor cuando tenemos que el 55% del grupo tenía ingresos mensuales menores a los B/300 cifra insuficiente para cubrir incluso la canasta básica**
- ✓ **En el caso de los miembros/as de las familias mayores de 15 años la escolaridad era baja con el ejercicio de ocupaciones de cuello azul en consecuencia con salarios bajos**
- ✓ **Solo el 16% de la población vivía sola y el 75% vivía solo con su pareja o con su pareja y otros familiares**

○ Perfil como miembro del grupo

- ✓ **El 48% de la población encuestada tenía 6 o más años de pertenecer al grupo reuniéndose según la mayoría de la población semanalmente de acuerdo a decisión del grupo sin importar la frecuencia Cincuenta y ocho (58) de las 115 miembras/os dijeron**

haber llegado a formar parte del grupo por invitación de alguna persona conocida que ya formaba parte del mismo

- ✓ También la mayoría se mostró de acuerdo en cómo se tomaban las decisiones dentro del grupo calificó como buena y mediana la forma en que las actividades desarrolladas se ajustaban a sus necesidades y aprobaban en un 59% las actividades que desarrollaba el grupo en beneficio de la comunidad**
- ✓ El 76% del grupo calificó su asistencia como buena a las sesiones de reunión a las que llegaban en mayor proporción caminando o en transporte público**
- ✓ La mayoría 65% calificaba el espacio donde se reunía el grupo como inadecuado por razones de tamaño y otras por falta de comodidades**
- ✓ El 75% del grupo calificaba las orientaciones y conocimientos recibidos de los especialistas del programa entre excelentes y buenas y en el 61% de los casos el Centro de Salud era el lugar donde con más frecuencia recibían atención de salud a pesar de los casos que eran beneficiarios/as de la seguridad social**
- ✓ Los servicios de salud que recibían del Centro de Salud fueron calificados en un 63% de los casos entre excelentes y buenos y de más de 500 respuestas tenemos que los más usados eran los de Psicología Trabajo Social Nutrición y Medicina General El grupo**

en general creía que los especialistas que los atendían estaban preparados para desempeñarse como tal

- ✓ Recomendaron a través de respuestas múltiples para mejorar el funcionamiento del grupo fortalecer la puntualidad en las reuniones aumentar la interacción entre los miembros y un mejoramiento de las condiciones físicas de los espacio de reunión**

- En cuanto a las relaciones sociales y familiares**

- ✓ La población calificó sus relaciones con otras generaciones (más jóvenes) en la mayoría de los casos (52%) con un no sabe lo que llama la atención frente a las necesidades de apoyo que requiere el/la adulto/a mayor**
- ✓ La mayoría (108) de las miembras del grupo expresó que producto de su participación en el mismo su vida había cambiado positivamente incluyendo sus relaciones con pares y con sus familiares**
- ✓ Para el grupo las relaciones entre las miembras del mismo merecieron la calificación mayoritana de medianamente buenas lo que indica la necesidad de mejorar este apartado vital en el funcionamiento de un grupo**

- ✓ Del total de 115 respuestas la mayoría de las personas expresaba que los conocimientos obtenidos por su participación en el grupo eran útiles también en la mayoría de los casos porque podían servir como agentes multiplicadores de lo aprendido a otros/as. Noventa y ocho de las miembros del grupo dijeron que habían podido orientar a su familia sobre estilos de vida saludable y que en 67 de los casos estas orientaciones habían sido adoptadas por sus familias.
- ✓ Para poder fortalecer su papel con agentes multiplicadores de estilos de vida saludable incluyendo para con sus familias recomendaron al grupo de especialistas mayor capacitación para ellos/as.
- ✓ La percepción del grupo sobre el tema de cómo eran vistos por el resto de la comunidad era esencialmente positiva ya que el 49% creía que era tratado con respeto y otro 32% dijo que sí eran tratados con respeto pero ocasionalmente.

0 4 El Modelo de Envejecimiento Activo

Entre otros de los elementos que se deben tomar en cuenta para un nuevo **Modelo de Envejecimiento Activo(MODEA)** el cual tiene la misión de coadyuvar al logro de una senectud activa y exitosa tenemos

dos áreas para desarrollar un proyecto una para los/as técnicos/as que los/as atienden y la segunda desarrollar actividades sistémicas específicas para con los/as adultos/as mayores integrando a las familias

Ya vimos en capítulos anteriores que existen diferentes formas de envejecer De acuerdo a Zamarrón Ma Dolores (2011) sin embargo esas distintas formas de envejecer no están prefijadas y aunque no puede negarse que existen variables genéticas en el envejecimiento también es cierto según la autora citada que la persona es responsable con sus acciones y comportamiento que su envejecimiento sea más o menos satisfactorio y libre de dependencia

Cito los nombres que han surgido en los últimos veinticinco años derivados de un nuevo paradigma del envejecimiento que también ya hemos citado en el capítulo III saludable (OMS 1990) buen envejecer (Fries 1999) con éxito (Rowe y Kahn 1987) o activo (OMS 2002) Este concepto nos dice Zamarrón ha ido evolucionando desde que la OMS definió en 1990 el concepto de envejecimiento saludable (centrado en la salud) hacia un modelo más integrador como el del envejecimiento activo en 2002 definiéndolo como el proceso de optimizar las oportunidades de salud participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen (Citado en Zamarrón página 12)

El objetivo del modelo apunta Zamarrón es extender la calidad la productividad y las esperanza de vida a edades avanzadas Además de seguir siendo activo físicamente es importante para la persona permanecer activo social y mentalmente participando en actividades recreativas de voluntariado o remuneradas culturales sociales y educativas

El envejecimiento activo se situa en la base del reconocimiento activo de los derechos humanos de las personas mayores de independencia participación dignidad atención y autodesarrollo Por tanto desde esta perspectiva apunta la autora citada los determinantes del envejecimiento activo serían económicos sociales físicos servicios sociales y de salud personales y de estilos de vida o comportamiento

Las políticas de acción propuestas por la OMS (2002) para potenciar los determinantes psicológicos y conductuales del envejecimiento activo son

- Reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades(ENCT) e incrementar los de protección de la salud a través de hábitos saludables y ejercicios físicos**
- Promover los factores protección del funcionamiento cognitivo**

- Promover las emociones y un afrontamiento positivo
- Promover la participación psicosocial

De acuerdo a Urrutia Serrano (2010) la promoción y fomento del envejecimiento activo no es una casualidad ni una ocurrencia de las Naciones Unidas. Por su parte Pérez (1994) en su escrito sobre la política mundial de población en el siglo XX nos facilita una visión sistemática e histórica de la situación demográfica mundial y adelanta cuales son los factores que provocan la necesidad de crear un concepto como el de envejecimiento activo.

El autor citado desde un punto de vista demográfico nos recuerda que aunque la especie humana apareció aproximadamente hace un millón de años es solo en los últimos 50 años cuando el número de seres humanos ha crecido más de lo que lo había hecho en toda la historia de la humanidad y que dicho proceso está lejos de haber finalizado por lo que nuevos conceptos deben ser usados.

Por otro lado el imaginario social de la vejez si bien es cierto que no ha abandonado del todo los estereotipos negativos si comienza a percibirse de otra manera quizás por esa democratización del envejecimiento que no

es otra cosa que generalizar la posibilidad de que todos podamos llegar a ser personas mayores

En la sociedad de hoy y así lo recoge la resolución 35/129 de NNUU la vejez ha pasado a ser un estado a ser un proceso dinámico que cabe del concepto de ciclo vital de cada ser humano

Por otro lado de acuerdo a Pérez J los niveles que son comunes con los principios del envejecimiento activo (salud participación y seguridad) a los cuales habría que incorporar sin duda la intergeneracionalidad lleva a afirmar que el concepto de envejecimiento activo es sin duda el concepto aglutinante y sintetizador de las diversas acciones y determinaciones que a lo largo principalmente del siglo XX se han venido desarrollando Es decir es consecuencia de un proceso y síntesis del mismo ¿Por qué? Porque en él mismo se recogen los principios de

- **Declaración de Derechos Humanos**
- **Los de primera generación –civiles y políticos vinculados al principio de libertad**
- **los de segunda generación económicos sociales y culturales- vinculados al principio de igualdad y**
- **los de tercera generación –solidaridad**

¿Por qué promover el envejecimiento activo? La respuesta más adecuada creemos que se encuentra en el prólogo del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento Activo señalando que su meta principal es fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad

El Plan también está orientado a fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica en particular entre los propios países en desarrollo

En este proceso de hacer actividades para adultos/as mayores tenemos también la siguiente propuesta

PROPUESTA SOCIAL QUE PERMITA ACTIVIDADES MAS AMPLIADAS DE INTERVENCIÓN PARA TRABAJAR CON ADULTOS/AS MAYORES CON OTRAS INSTITUCIONES DENTRO DE LA MUNICIPALIDAD CUANDO EXISTA LA DESCENTRALIZACIÓN

Sería mejor tener una autoridad descentralizada que represente un gobierno local que desarrolle acciones ideales para trabajar los puntos que siguen a continuación en salud se tiene un modelo de Atención Individual Familiar y Comunitario modelo que puede servir de guía para el trabajo ampliado que planteamos

Se hace necesario realizar diagnósticos participativos que permitan tener una referencia para los planes estratégicos locales

Fortalecer mecanismos de coordinación con autoridad locales

Desarrollar redes locales

Es de obligatorio cumplimiento para el logro de los objetivos fijados y para poder alcanzar el desarrollo humano siendo los seres humanos sujetos de las políticas y de la acción estatal determinar qué quiere cómo se puede lograr y sobre todo inducirlos a involucrarse para lograrlo

- La colaboración de la población en la búsqueda de la resolución a su trayectoria y avance hacia el desarrollo es de importancia tal que si no se incluye en este podemos pronosticar que en vano se hace el trabajo**

Considerar que es necesario partir de la promoción humana y la educación La educación como actividad transformadora de la persona destinada a obtener un cambio que le dirija a pensar actuar y lograr aquello a que tiene derecho que puede adquirir y que debe obtenerlo por tener las herramientas requeridas para ello

- Por eso el trabajo de organizar y desarrollar una meta comun requiere que se inicie con los grupos familiares la familia base de la sociedad Y de allí propiciar el desarrollo de actividades vecinales aprovechando el entorno que pueden constituir el numero de familias de cada uno/a**
- Estos complejos de grupos pueden ser el inicio de un programa de organización y participación comunitaria que propicie el acercamiento la comunicación y el establecimiento de metas comunes entre nuevos/as miembros/as**
- Los Trabajadores Sociales somos profesionales que utilizamos la metodologia y roles correspondientes insertamos como eje transversal la educación popular Es parte de nuestro quehacer y al conocerla enlaza nuestra tarea diaria es decir aquellas labores de**

desarrollo local organizaciones asociaciones sociales de promoción y desarrollo de la comunidad y que están ligadas a nuestra profesión

En salud coordinamos con instancias de todo tipo emprendiendo la promoción social para una mejor convivencia y calidad de vida entre los grupos y familias moradores del barrio interés que hay que potenciar para el desarrollo de estas entendiéndolas como parte de los determinantes de la salud

- **El acompañamiento social requiere de organismos conocedores del trabajo con grupos y comunidades pues es con este método que trabajamos con las familias requiere de un profesionales especializados como los/as Trabajadores/as Sociales que deben tener un esquema basado en objetivos a alcanzar**

El proyecto tendría cuatro fases La primera fase del proyecto o el primer año se debe planificar desde la organización grupal y comunitaria de la siguiente manera

- **Identificar recursos instituciones personal con experticia en gimnasia de mantenimiento recreación desarrollo humano y proyección**

comunitaria y otros Se conforman los grupos o se atraen los grupos ya conformados dentro de las comunidades

- Identifico e integro a líderes comunitarios capacitados en áreas mencionadas arriba

Se inicia el tejido de la Red con la participación activa de los usuarios/as aportan desde la organización local sus inquietudes y sugerencias

El segundo año del proyecto se orienta al fortalecimiento de los grupos de parque y al re direccionamiento de las acciones de los líderes recreo deportivos comunitarios Se aplica por primera vez un análisis estratégico con el objetivo de clarificar las acciones a desarrollar del primer año de trabajo

Seguido se crea un Centro Metropolitano de Recreación que opera en las instalaciones de los Parques

El tercer año permite la construcción de la estructura básica de los grupos los cuales deben contar con un grupo coordinador elegido por todos los participantes y unos comités de base a partir de los cuales y

con la asesoría del grupo de profesionales se diseñan y planean las actividades a desarrollar en cada Centro Local de Recreación

El cuarto año con énfasis en la organización de redes comunitarias que permitan la optimización del modelo de organización grupal se tejen acciones recreativas y deportivas desde las redes locales en las cuales son los delegados de cada grupo quienes tienen la vocería para determinar cómo y cuándo se ejecutarán las actividades propuestas Finaliza este cuarto año con el Primer Foro de Programas Recreo deportivos para adultos/as mayores desde el cual y con la participación masiva de las diversas instituciones publicas y privadas que ejecutan programas y de los delegados de las redes de parque se establecen parámetros para fortalecer el proceso de organización comunitaria que orienta la conformación de la Red Distrital

Otros tipos de actividades que se deben incorporar son los servicios de

Comidas sobre Círculos

- **Proporciona comida a personas de la tercera edad que no pueden salir de sus hogares y no pueden concurrir a los lugares donde se entrega comida Los voluntarios recogen las comidas diarias en los**

diferentes Centros Comunitarios y las entregan a las personas de la tercera edad de la comunidad

Unidades Móviles Gerontológicas

Como equipo de salud se identifique población de mayores con dificultades severas de salud encamados/as y se proporciona atención general y orientación Se conformen grupos de Adultos/as mayores cercanas a estos/as residencias

La población de atención prioritaria sería en corregimientos de inaccesibilidad alta marginación pobreza y extrema pobreza

En coordinación con medios masivos y en los centros de salud se oriente a la población y a los adultos/as mayores acerca del riesgo latente de accidentes a los que están expuestos en esta etapa de la vida

A los grupos organizados se le deben dar talleres donde se abordan temas como caídas y primeros auxilios

Academia para Personas de la Tercera Edad

Se ofrece en los Centros Comunitarios con el fin de vincular a las personas de la tercera edad con las agencias para que obtengan información sobre asuntos que les resulten de importancia. Entre los temas a tratar podrían incluirse inquietudes relacionadas con medicamentos por receta, enfermedad de Alzheimer, prevención de fraudes, etc.

Actividades educativas y de ocio para Personas de la Tercera Edad

- Incluyen clases de bienestar, talleres de artesanías, juegos y asesoramiento en materia de nutrición. Esto permite que las personas participantes mantengan o mejoren su capacidad de desempeñarse independientemente en las actividades de la vida cotidiana. También da a las personas de la tercera edad la oportunidad de participar en actividades sociales recreativas.

Coordinar acciones para un proyecto- Legislativo que favorezca el acceso pleno de los adultos/as mayores a la vida cotidiana en temas como

- En coordinación con el municipio y otras entidades proponer Infraestructuras viales alimentación salud educación vivienda práctica del deporte actividades recreativas y de cultura

Asistencia Jurídica

En conjunto coordinado con las universidades proporcionar un día cada quince días asesoría especializada en diversos trámites jurídicos como testamentos posesión de bienes demandas a efecto de proveerles tranquilidad y certeza jurídica sobre su situación familiar social y económica

Celebrar cabildos abiertos con ellos/as para desarrollar convenios acuerdos y todo tipo de actos jurídicos que sean necesarios para el cumplimiento de su objetivo

Clubes para Personas de la Tercera Edad o Círculos sociales

- Los Centros Comunitarios deben estar disponibles para que grupos organizados se reúnan de manera regular y programen actividades En estos se puede incorporar a los/as adultos/as a actividades de

**aprendizaje de uso de internet arreglos florales huertos caseros
cuenta cuentos y otras acciones**

- **Integración con grupos etarios diferentes**

**Formar movimientos asociativos grupos de autoayuda de familiares con
actividades de información y sensibilización de las problemáticas del
adulto/a mayor actividades de ocio y tiempo libre**

**Formación de grupos comunitario utilizando las instalaciones de las
juntas comunales comedores municipales centros de madres colegios
grupos deportivos clubes sociales etc es decir aquellas organizaciones
ya existentes que frecuentan la gente (Es decir solidanzarse con este
grupo y los otros/as grupos ya formados)**

**Visitas a domicilio y seguimiento de las personas mayores en situaciones
de riesgo**

- **Es un trabajo de equipo Planificar y elaborar busquedas y visitas a domicilio
para personas encamadas o con dificultad para sostenerse Esto sería
individualizado para cada paciente asistente al servicio**

forma de separación preventiva del ambiente familiar asegurando un nivel de calidad de vida digno

Geronte Turista Se brindan servicios turísticos a los/as adultos/as mayores de acuerdo con las condiciones sociales de los diferentes grupos

Incluyete Se promueve la convivencia entre todas las organizaciones de adultos/as mayores

Programa de adultos/as mayores en las Redes Sociales panameñas (PAMERESPA)

Uno de los principales objetivos del PAMERESPA es promover el cambio social en favor de la inclusión de las personas de 3ª edad. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden ser grandes aliadas para ello especialmente gracias a las oportunidades que proporcionan las plataformas de redes sociales en Internet.

Existen redes a favor de los grupos de adultos/as Mayores que son importantes para conectarnos a la red Observatorio de la Accesibilidad TIC de Discapnet

El PAMERESPA debe contribuir desde la sección de su web a facilitar el acceso a los servicios digitales entre los que se incluyen las redes sociales en Internet diferentes plataformas de redes sociales de Internet en su canal de Youtube su Blog etc incorporando requisitos básicos de accesibilidad

Mi aporte simplemente es una propuesta que nos lleve a responder a las necesidades de este grupo antes que sea demasiado tarde

BIBLIOGRAFIA

Libros

Antonovsky A Develando el Misterio de la Salud cómo la gente maneja el stress y está bien Jossey Bass Publishers San Francisco California 1987

Bandura Albert Social Learning Theory General Learning Press New York 1977

Barash David El Envejecimiento Biblioteca Científica Barcelona 1994

Bazo María Teresa La Sociedad Anciana Centro de Investigaciones Psicológicas Siglo 21 Madrid 1990

Burck M Enfermería Gerontológica Cuidados Integrales del adulto mayor Editonal Brace España 1998

Engel Federico El Ongen de la Familia La Propiedad Pnvada y el Estado Orión Editores Bogotá Colombia Primera Edición 1977

**Fernández Ballesteros Rocío (Directora) Gerontología Social Pirámide
Madrid 2000**

**García B Envejecer en el mundo rural Problemas y Soluciones IMFERSO
Universidad Complutense de Madrid España 1997**

**Hernández, Roberto Fernández Carlos Baptista L Pilar Metodología de la
investigación Editorial McGraw Hill Interamericana México 2003**

**Kalish R La Vejez Perspectivas sobre el Desarrollo Humano Pirámide
Madrid 1991**

**Lehr Ursula La Psicología de la Senectud Herder Impresores Barcelona
1980**

Marín, G La Psicología Social en América Latina Editorial Trillas 2009

**Miguel L Evaluación de la calidad de Vida en Personas Infechadas por el VIH
Universidad Autónoma de Barcelona Barcelona 2001**

**Purón I Couso C Cualidades Morales de Salud en el Adulto Mayor
MEDISAN 2005**

Rodríguez Marín Psicología Social de la Salud Universidad de Alicante
España 1995

Sarafino, Edward Health Psychology Biopsychosocial Interactions GTS
Company USA 2006

Serafim P Calidad de Vida en la tercera edad ANG Brazil 2000

Revistas

Albarracín D y otros Buscando Apoyo Social en la Edad Adulta Revista de
Psicología Clínica Aplicada Copia de Traducción 1997

Díaz G El bienestar subjetivo Actualidad y Perspectivas Revista Cubana de
Medicina Integral Volumen 17 La Habana 2001

Dulce-Ruiz, y Uribe, C Psicología del Acto Vital Red Latinoamericana de
Gerontología Volumen 34 Numeros 1 2 Colombia 2002

**Engel G L La Necesidad de un nuevo modelo médico un desafío para la
biomedicina Revista Science No 196 Copia de Traducción 1977**

**Fernández-Mayorales, G y otro Envejecimiento y Salud Revista Multi
Gerontal No 13 Copia de artículo 2003**

**Mechanic D Dimensiones Sociológicas de la Enfermedad Revista de Ciencia
Sociales y Medicina No 42 España 1982**

**Negri, A La integración de los adultos mayores en la sociedad sus desafíos
Revista Universidad Nacional de La Plata 1995**

**Neugarten Berenice The Future and the Young Old The Gerontologist.
Traducción Fotocopiada 1975**

**Lehr Ursula y Thomas, H La Salud Objetiva y Subjetiva en una perspectiva
longitudinal Revista Aging No 23 Traducción fotocopiada 1983**

**OPS Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento
de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS 2005**

Relg A. y otros Comportamiento y salud en la vejez *Revista Gerontología* No 3 España 1996

Shwartzman L Calidad de vida relacionada con la Salud aspectos conceptuales *Revista Ciencia y Enfermería* Volumen 9 No 2 Universidad de Concepción Argentina 2006

Trabajo Social 2013

Guías,entrevistas e Investigaciones

Tejada de Modelo Rita Manual para orientar el Trabajo Social de Grupo de Personas Adultas Mayores MINSA Dirección General de Salud Publica Sección de Trabajo Social Sección de Adulto Mayor Panamá 2006

Bernal de Mas Mabel A Estudio sobre el estado nutricional y calidad de vida del adulto mayor que asiste a consulta en centros de salud de San Miguelito y Área Metropolitana Panamá 2003

OPS Guía para la atención al adulto mayor Promoción de la Salud Organización Panamericana de Salud Panamá 2006

MINSA Programa de adultos mayores Normas integrales de Salud para la Población y el Ambiente Panamá 1998

Spalding Teresa Aportes documentales del modulo Metodología de la Investigación para la intervención familiar Maestría en Políticas Promoción e Intervención Familiar Facultad de Administración Publica Panamá 2008

Wolf Rosalie Maltrato del anciano aporte documental 1991

Informes

Ysern de Arce Inteligencia Emocional en el Adulto Mayor Informe del Seminario Internacional La Tercera Edad en el Tercer Milenio un desafío para todos Talca 1999

Barros C Herrera Informe Curso Calidad de Vida de las Personas Mayores Módulo 302 Bienestar Subjetivo CELADE CEPAL Chile 2003

CELADE CEPAL Familia y solidaridad Intergeneracional escenarios futuros en políticas de vejez en Panamá

Contraloría General de la Nación Censo de Población y Vivienda de la población adulta mayor Panamá 2000

Diagnóstico Nacional de las Personas Mayores en Panamá Secretana Técnica del Gabinete Social Panamá 2004

Indicadores básicos de Salud Panamá 2008 Organización Panamencana de Salud

Informe de Contraloría General Instituto Nacional de Estadística y Censo Republica de Panamá 2012

Ministerio de Salud Dirección General de Salud Comunicado de Envejecimiento Panamá 2012

Monchietti A. y Krsemien D Participación Social y Estilos de Vida Informe Curso virtual de educación para el envejecimiento Mar de Plata 2002

OMS Promoción de la Salud Glosano Ginebra 1995

OMS Informe sobre la Salud en el Mundo 2008

Tedezco Gladys de Grupo de Adultos-as Mayores de los Centros de Salud
Documento tipo informe MINSA Sistema Regional de Salud Metropolitano
Departamento de Provisión de Servicios s/f

49 ° Consejo Directivo 61 Sesión del Comité regional Washington DC EUA
del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009

Tesis

Asprilla Alicia, Beca Avelina y Corella Rita Propuesta para la creación de
un centro de atención integral a la familia en la comunidad de Montería
corregimiento de Pedregal 2005

Ortega Endira Luzmila Las Relaciones Familiares de 75 familias nucleares
monoparentales y extensas de La Comunidad Altos del Valle de Urraca
Corregimiento Amulfo Arias Madrid Distrito de San Miguelito Panamá 2003

Diccionarios

Ander Egg Ezequiel Diccionario del Trabajo Social Editorial Lumen Buenos
Aires Argentina 1995

Diccionario Santillana del Español Editorial Santillana México 1993

Leyes/Normas

Código de la Familia Edición conmemorativa del IV aniversario de la puesta en vigencia del código de la Familia 1999

Hodking Rachel Newell, Peter Manual de Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño Ginebra Suiza

Internet

**Impacto social y económico del analfabetismo – CEPAL
!www eclac org/publicaciones/xml/5/37895/dp-impacto-social-
economico por R Martínez y Andrés Fernández 2010 –**

PAN_rev2011_internet–crecimiento envejecimiento 04/02/2012

ANEXOS

Anexo No 1

Encuesta No _____

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ADMINISTRACION PUBLICA
MAESTRIA EN POLITICAS PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR**

A través de esta encuesta se pretende conocer la percepción de la población de gerontes atendida en el programa de la tercera edad a nivel de los centros de salud del área metropolitana acerca del impacto del mismo en su funcionamiento y en el de su familia. Le agradecemos responder a las preguntas a continuación ya que los resultados nos serán útiles para hacer las recomendaciones para una atención con calidad, calidez y en mejor opción para ustedes. La información que nos brinden será tratada con estricta confidencialidad y respeto. Gracias

1 ¿Cuántos años tiene?

1 1 50-54 _____

1 2 55-59 _____

1 3 60-64 _____

1 4 65-69 _____

1 5 70 y más _____

2 ¿Hasta qué grado llegó?

2 1 Ningun grado _____

2 2 Primaria completa _____

2 3 Primaria incompleta _____

2 4 Secundaria completa _____

2 5 Secundaria incompleta _____

2 6 Universidad completa _____

2 7 Universidad incompleta _____

2 8 Otro _____

3 ¿Con qué recursos económicos cuenta usted?

3 1 Pensión por Jubilación _____

3 2 Pensión por enfermedad_____

3 3 Pensión por viudez_____

3 4 Trabajo por cuenta propia_____

3 5 Apoyo de familiar_____

3 6 Otro_____

4 ¿Cuánto es su Ingreso mensual (en B/)?

4 1 menos de 100 4 8 801 900

4 2 101 200 4 9 901 1 000

4 3 201-300 4 10 1 001 o mas _____

4 4 301-400 especifique

4 4 401-500

4 5 501-600

4 6 601 700

4 7 701-800

5 Ingreso Familiar Mensual en (B/) _____

Especifique

6 Composición familiar (Personas con quien vive la población encuestada)

Relación con el gerente	Sexo	Edad	Estado Civil	Educación	Ocupación	Salario	Dx.de salud	Aporta al ingreso familiar

II. Aspectos generales relacionados con la pertenencia al grupo

7 Tiempo de pertenencia al grupo

7 1 menos de 1 año _____

7 2 1-5 años _____

7 3 6-10 años _____

7 4 11 15 años _____

7 5 más de 15 años _____

8 ¿Recuerda los motivos por los que se unió al grupo?

8 1 ¿Lo invitó alguien del equipo de salud? _____

¿Quién?

8 2 ¿Vino por cuenta propia? _____

8 3 ¿Alguien del grupo la invitó? _____

¿Quién?

8 4 ¿Estaba sola y aburrida? _____

8 5 ¿Conocía que el grupo existía? _____

8 6 Otra _____

9 ¿Cada qué tiempo se reúne el grupo?

9 1 Semanal _____

9 2 Quincenal _____

9 3 Mensual _____

9 4 Otro _____

Especifique

10 ¿Con qué frecuencia asiste a las reuniones del grupo?

10 1 Semanal _____

10 2 Quincenal _____

10 3 Mensual _____

10 4 Otro _____ (especifique)

15 2 Medianamente adecuado _____

Sustente

15 3 Inadecuado _____

Sustente

15 4 No sabe _____

16 ¿Qué opina de la forma en que se toman las decisiones en el grupo?

16 1 Adecuada _____

16 2 Medianamente adecuada _____

Sustente

16 3 Inadecuada _____

Sustente

16 4 no sabe _____

17 ¿Cómo califica el tipo de actividades que se desarrollan de acuerdo a las necesidades del grupo?

17 1 Reuniones

17 1 1 se ajustan totalmente _____

17 1 2 se ajustan medianamente _____

Sustente

17 1 3 no se ajustan _____

Sustente

17 2 Paseos

17 2 1 se ajustan totalmente _____

17 2 2 se ajustan medianamente _____

Sustente

17 2 3 no se ajustan _____

Sustente

17 3 Recolección de recursos económicos

17 3 1 se ajusta totalmente ____

17 3 2 se ajusta medianamente _____

Sustente

17 3 3 no se ajustan _____

Sustente

17.4 Terapias de ocio

17 4 1 Se ajustan totalmente ____

17 4 2 Se ajustan medianamente _____

Sustente

17 4 3 no se ajustan _____

Sustente

17 5 Ejercicios fisicos

17 5 1 se ajustan totalmente ____

17 5 2 se ajustan medianamente _____

Sustente

17 5 3 no se ajustan _____

Sustente

17 6 Las actividades con todos los grupos de adultos/as mayores de la Región Metropolitana de Salud

17 6 1 se ajustan totalmente ____

17 6 2 se ajustan medianamente _____

Sustente

17 6 3 no se ajustan _____

Sustente

17 7 ¿Desarrolla actividades con su grupo como aporte a la comunidad?

17 7 1 Si_____

17 7 2 Si desarrollan actividades en la comunidad usted cree que estas se ajustan totalmente a las necesidades de la comunidad _____

17 7 3 se ajustan medianamente _____
Sustente

17 7 4 no se ajustan _____
Sustente

17 7 5 No_____

17 8 Se relaciona su grupo con otras generaciones como niños escolares, adolescentes mujeres adultas hombres adultos y otros gerontes en la comunidad.

17 8 1 Si_____

Si se relacionan usted cree que estas relaciones

17 8 1 1 ¿Se ajustan totalmente a las necesidades de los otros grupos? _____

17 8 1 2 Se ajustan medianamente _____

Sustente

17 8 1 3 no se ajustan _____

Sustente

17 8 2 No_____

18. ¿Dónde recibe con más frecuencia las atenciones de salud?

18 1 Centro de Salud _____

¿Cuál?

18 1 1 ¿Por qué? _____

18 2 Caja de Seguro Social _____
¿Cuál?

18 2 1 ¿Por qué? _____

18 3 Clínica particular_____

¿Cuál?

18 3 1 ¿Por qué?_____

18 4 Otro_____

¿Cuál?

18 4 1 ¿Por qué?_____

**19 Cómo califica la atención del equipo del Centro de Salud donde se atiende
(Responder solo si se atiende en Centro de Salud)**

Categorías de Atención Excelente Buena Regular Mala

**Categorías de Frecuencia una vez anualmente 2 veces anualmente tres veces anualmente
más de cuatro veces anualmente con cada profesional**

Servicio que utiliza	¿Cómo califica la atención del equipo de especialistas?	¿Cómo califica la frecuencia con que se le atiende?
Medicina general		
Trabajo Social		
Enfermería		
Laboratorio		
Farmacia		
Ginecología		
Odontología		
Ultrasonido		
Vacunación		
Nutrición		
Psicología		
Fisioterapia		
Otro (especifique)		

**20 ¿Cree usted que las orientaciones y conocimiento que le brindan al grupo los
especialistas del equipo de salud se ajustan a las necesidades de los participantes?**

20 1 Si casi siempre_____

20 2 Solo en ocasiones_____

Sustente

20 3 No en la mayoría de los casos_____

Sustente

20 4 No sabe

20 5 Otro _____

21 ¿Ha habido cambios en su vida luego de su pertenencia al grupo?

21 1 Si _____ **Sí ha habido cambios especifique en qué áreas**

21 1 1 En su salud _____

Sustente

21 1 2 En su estado de ánimo _____

Sustente

21 1 3 En las relaciones con pares _____

Sustente

21 1 4 En las relaciones familiares _____

Sustente

21 1 5 Otro _____

Sustente

21 2 no _____

21 3 no sabe _____

22 ¿Cree usted que lo que ha aprendido dentro del grupo le ha servido para dar orientación a sus familiares?

22 1 Si _____

22 1 1 ¿Qué tipo de orientación les ha ofrecido? _____

23 ¿Si ha tenido oportunidad de dar orientación sobre estilos de vida saludable a su familia cree que esta ha adoptado dicha orientación?

23 1 Si _____

Sustente

23 2 No _____ **Por qué** _____

23 3 No sabe _____

24 ¿Cree usted que podría servir como agente multiplicador de estilos de vida saludable con los conocimientos aprendidos en el grupo?

24 1 Si _____

¿Frente a quién?

24 2 No _____

¿Por qué?

24 3 No sabe _____

25 ¿Cómo cree usted que percibe la comunidad a los adultos mayores?

25 1 con respeto _____

25 2 con respeto solo en ocasiones _____

25 3 con indiferencia _____

25 4 no sabe _____

24 5 otro _____

Especifique

26 ¿Qué recomendaciones le daría a los y las especialistas para que se refuerce al grupo como agente multiplicador para promover estilos de vida saludable en la familia?

27 ¿Cómo califica la relación entre los y las participantes del grupo?

27 1 adecuada____

27 2 medianamente adecuada_____

Sustente

27 3 inadecuada_____

Sustente

27 4 no sabe_____

28 ¿Cree usted que los y las especialistas responsables del grupo están preparados/as para lidiar con las necesidades del grupo?

28 1 Si_____

28 2 No_____ Por qué_____

28 3 No sabe_____

29 ¿Qué recomendaría usted para que el grupo mejore?

Observaciones_____

Firma del encuestador_____

Fecha_____

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A C V Accidente cerebro vascular Flujo de sangre a una parte del cerebro y que lo hace detenerse Algunas veces se denomina 'ataque cerebral' (derrame cerebral) Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno y las células cerebrales pueden morir lo que causa daño permanente

A P S Atención primaria en salud Estrategia que los países utilizan y que incluyen una serie de actividades como educación sanitaria provisión de alimentos saneamiento básico inmunizaciones abastecimiento de medicamentos educación para la salud y prevención Provisión de alimentos y nutrición adecuado asistencia materno-infantil y planificación familiar Inmunizaciones prevención y tratamiento de enfermedades endémicas locales Prevención y tratamientos de enfermedades prevalentes y suministro de medicamentos y otras

Adulto/a Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona La edad superada es los 70 años

Anciano Frágil Persona mayor de 80 años que vive sola/o con caídas de reciente pérdida de la pareja enfermedad crónica invalidante con caídas polifarmacia deficiencia económica sin apoyo o de poco apoyo familiar

C S S Caja de Seguro Social Ente institucional responsable de proveer salud y prestaciones económicas a la población laboral y a sus dependientes

Calidad de vida Concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades Es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social

CRVS Calidad de vida relacionada con la salud

E C N T Enfermedades crónicas no transmisibles Enfermedades que no se transmiten de persona a persona son de larga duración y generalmente evolucionan lentamente Tenemos cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles las cardiovasculares (como ataques cardiacos y accidentes cerebro vasculares) el cáncer las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes

Esperanza de vida Es la media de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo de tiempo

Estilo de vida Son expresiones con las que se designan al estilo forma o manera en que se entiende la vida maneras de alimentarse cantidad de horas de sueño ejercicio físico así como otras formas de comportarse

Factores de riesgo Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud

MINSA Ministerio de Salud Ente rector de la salud de la población panameña

Programa I V M Programa de invalidez vejez y muerte de la Caja de Seguro Social Pago de prestaciones indemnizaciones en dinero

Promoción de la Salud Proceso que permite a las personas familias y comunidades incrementar el control sobre su salud relacionando todas las características ambientales y humanas de la vida cotidiana de las personas y las relaciones entre ellas

Seguridad económica en la vejez Capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos

Soledad Contacto humano insuficiente que tiene origen en un aislamiento social

Tercera edad Es definida en Panamá a partir de los 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres

Transición demográfica Designa un periodo característico dentro de la evolución demográfica de países que comienzan un proceso de modernización